



児童調査票

事故や病気など緊急時の対応、あるいは、平素の保育の参考にさせていただきますので、下記の事項について漏れのないように御記入ください。

ふりがな 児童氏名		男 女	第1希望の 児童クラブ	児童クラブ	
児童生年月日	平成 年 月 日 (令和4年4月時点: 年生)	血液型 (把握している方のみ)	型		
学級等 (新1年生は見込みで記入)	普通学級在籍・特別支援学級在籍・(セルフサポート教室・ことばの教室)に通級している				
健康状況	1 健康である 2 通院中・経過観察中	平熱	度 分		
障害・発達の 状況	・身体障害者手帳や療育手帳を持っていますか:(はい・いいえ・現在申請中) 身体障害者手帳:(級)・療育手帳:(A・B・C)・精神障害者福祉手帳(級)				
	・通院・通所先:(名称:) 何について相談しましたか:()				
	・児童の発達状態で心配なこと 1 知的発達の遅れがあるように思われる。 2 言葉の発達が遅れているように思われる。 3 情緒が不安定であるように思われる。 4 自閉的傾向があるように思われる。 5 多動性障害の傾向があるように思われる。 6 その他()				
	・集団生活における注意事項:()				
アレルギー	該当の有無	有・無			
	食べ物アレルギー	卵(全卵・卵黄・卵白)・牛乳(乳製品)・小麦・大豆・そば 落花生・ごま・その他()			
	その他のアレルギー	ダニ・ハウスダスト・花粉症・その他()			
	食事制限	完全除去: 要(食べ物名:)・不要			
	アナフィラキシー	原因() 症状() エピペンの所持(有・無)			
既往歴	かかった事のある 病気	麻しん(はしか)・風しん・水痘・流行性耳下腺炎(おたふく風邪)・百日咳 中耳炎・ヘルニア・肺炎・肝炎・川崎病・ぜんそく 心臓疾患(病名: / 症状:不整脈・肥大・雑音・その他()) その他(病名:)			
	ひきつけ	無・有(1回目 歳 か月 / その後 回) 最終発作(年 月)			
	けいれん	無・有(熱性けいれん:熱 度 分・回 / 無熱性 回) 最終発作(年 月)			
	てんかん	無・有(状態:) (服薬開始 歳 年月 / 1日 回 服薬中) 最終発作(年 月)			
体質	風邪を引きやすい・ひきつけを起こしやすい・扁桃腺が腫れやすい・吐きやすい ぜんそくを起こしやすい・便秘しやすい・下痢しやすい・鼻血が出やすい 湿疹が出やすい・化膿しやすい・薬品にかぶれる(薬品名:) アトピー性皮膚炎・脱臼しやすい(部位:)				

裏面あり

児童氏名				
通院等の状況		・大きな病気、ケガをしたことがありますか：（ある・ない） 病名・ケガ：（ ） 入院・通院期間：（平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日） 現在の状況：（通院中・完治）		
		・現在、定期的な診察や投薬を受けていますか：（いる・いない） 医療機関名：（ ） 何について診察・投薬を受けていますか：（ ） 服薬している薬の名前：（ ） 服薬頻度：（1日 回 / 朝・昼・夜・その他（ ））		
		・手術やリハビリなどを受けたことがありますか：（ある・ない） 実施時期：（平成・令和 年 月）・医療機関名：（ ） 手術・リハビリの内容：（ ）		
緊急時 (かかりつけ) の病院	名称			
	所在地			
	電話番号			
その他の注意事項 ・食べ物の好き嫌い ・性格 ・家庭での指導方針 など				
緊急時の 連絡先 (連絡可能な電話番号を全て記入いただき、優先順位欄に優先順位を御記入ください。)		優先順位	電話番号を記入してください。	
			自宅の電話	
			父の携帯電話	
			父の会社の電話	
			母の携帯電話	
			母の会社の電話	
			祖父・祖母の自宅の電話	父方の()、母方の() ※どちらか御記入ください。
			祖父・祖母の携帯電話	父方の()、母方の() ※どちらか御記入ください。
	その他()の電話			
災害時に徒歩で迎えに来ることができる人(必ず御記入ください。)	氏名	続柄	勤務先	
同意欄		児童の障害・発達の状況、アレルギー、既往歴、体質、病院等への通院状況、その他児童クラブ登室時の体調等に関することについて、通学する小学校、教育委員会、入所していた保育所(園)に状況を照会し、または小学校、教育委員会及び医療機関等に情報提供を行うことについて、同意します。		
同意者(父母)		父(名前:) 母(名前:)		