



事故について

記入例

児童調査票

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

必ず記入してください。

有無を記入してください。該当がある方は、該当箇所を記入してください。

ふりがな 児童氏名	しやくしょ 市役所	いちろう 一郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	第1希望の 児童クラブ	〇〇	児童クラブ
児童生年月日	平成 26 年 10 月 31 日 (令和4年4月時点: 1 年生)			血液型	A	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	<input checked="" type="radio"/> 2 通院中・経過観察中	平熱	36	度	5 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: (<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ・現在申請中)
	身体障害者手帳:() 級・療育手帳:(<input checked="" type="radio"/> A・ <input type="radio"/> B・ <input type="radio"/> C)・精神障害者福祉手帳() 級
	・通院・通所先:(名称: 〇〇クリニック 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇) 何について相談しましたか:(児童が●●や▲▲である状況について)
	・児童の発達状態で心配なこと <input checked="" type="radio"/> 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。 <input checked="" type="radio"/> 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:(****や××××に注意が必要である)	

アレルギー	該当の有無	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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: そば・そば粉)・不要
アナフィラキシー	原因(そば・そば粉) 症状(皮膚が赤くなる、呼吸困難になる) エピペンの所持(<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (1回目 歳 か月 / その後 回) 最終発作(年 月)
	けいれん	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 熱性けいれん:熱 39 度 分・ 3 回 / 無熱性 回) 最終発作(H0 年 5 月)
	てんかん	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (状態:) (服薬開始 歳 年月 / 1日 回 服薬中) 最終発作(年 月)

体質	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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：(■■■■クリニック) 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 1 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	▲▲病院
	所在地	熊谷市〇〇-××
	電話番号	048-524-××××

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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 緊急時(怪我・病気等)の 連絡先について、 優先順位を記入してください。 </div>
---	---

優先順位		電話番号を記入してください。
6	自宅の電話	●●●-△△△-××××
3	父の携帯電話	090-****-****
4	父の会社の電話	●●●-△△△-××××
1	母の携帯電話	090-****-****
2	母の会社の電話	●●●-△△△-××××
5	祖父・祖母の自宅の電話	父方の(祖父)、母方の()※どちらか御記入ください。 ●●●-△△△-××××
	祖父・祖母の携帯電話	
7	その他(叔父)の電話	090-****-****

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
	市役所 太郎	父	(株)〇〇商事

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: 市役所 太郎)	押印	母(名前: 市役所 桜)
---------	-----------------------	----	----------------------

「有無を記入してください。該当がある方は、該当箇所を記入してください。」

必ず記入してください。