



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 <b>市役所</b>	いちろう <b>一郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	第1希望の 児童クラブ	<b>〇〇</b>	児童クラブ
児童生年月日	平成 <b>25</b> 年 <b>10</b> 月 <b>31</b> 日 (令和2年4月時点: <b>1</b> 年生)			血液型	<b>A</b>	型
学級等 (新1年生は見込みで記入)	普通学級在籍・特別 <b>支援学級在籍</b> ・(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	<b>36</b>	度	<b>5</b> 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・A <input checked="" type="radio"/> B C )・精神障害者福祉手帳( )級					
	・通院・通所先:(名称: <b>〇〇クリニック 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇</b> ) 何について相談しましたか:( <b>児童が●●や▲▲である状況について</b> )					
	・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:( <b>****や××××に注意が必要である</b> )					
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				
	その他のアレルギー	落花生・ごま・その他( )				
	食事制限	完全除去: 要(食べ物名: <b>そば・そば粉</b> )・不要				
アナフィラキシー	原因( <b>そば・そば粉</b> ) 症状( <b>皮膚が赤くなる、呼吸困難になる</b> ) 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 checked="" type="radio"/> 有 熱性けいれん:熱 <b>39</b> 度 分・ <b>3</b> 回 / 無熱性 回) 最終発作( <b>H0</b> 年 <b>5</b> 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 <input type="radio"/> 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・ <b>ない</b> ) 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：( <b>いる</b> ・ いない ) 医療機関名：( <b>■■■■クリニック</b> ) 何について診察・投薬を受けていますか：( <b>●●●●●</b> )	
		服薬している薬の名前：( <b>▲▲▲▲▲</b> ) 服薬頻度：( 1日 <b>1</b> 回 / <b>朝</b> ・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・ <b>ない</b> ) 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	<b>▲▲病院</b>	
	所在地	<b>熊谷市〇〇-××</b>	
	電話番号	<b>048-524-××××</b>	
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; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;">           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>	
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。
	<b>6</b>	自宅の電話	<b>●●●-△△△-××××</b>
	<b>3</b>	父の携帯電話	<b>090-****-****</b>
	<b>4</b>	父の会社の電話	<b>●●●-△△△-××××</b>
	<b>1</b>	母の携帯電話	<b>090-****-****</b>
	<b>2</b>	母の会社の電話	<b>●●●-△△△-××××</b>
	<b>5</b>	祖父・祖母の自宅の電話	<b>●●●-△△△-××××</b>
	<b>7</b>	祖父・祖母の携帯電話	
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
	<b>市役所 太郎</b>	<b>父</b>	<b>〇子様 から見た 続柄</b> <b>(株)〇〇商事</b>
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: <b>市役所 太郎</b> <b>印</b> ) 母(名前: <b>市役所 桜</b> <b>印</b> )		

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。