



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・令和 年 月 日（令和8年4月時点： 年生）		平熱	度 分
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			
既往症	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 か月 / 1日 回 服薬中） 最終発作（ 年 月）			
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: (① ・ 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	麻疹(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:)			
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（続柄：、氏名：）
			祖父・祖母の携帯電話（続柄：、氏名：）
			その他（）の電話
災害時に徒歩で迎えることができる人（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：）	