

## 学童保育所児童票

		<b>学童保育所</b>					
入所児童	ふりがな						
	氏名	学校名・学年・組 <small>※新年度在学（予定）の学校名、学年、組を記入してください。</small>					
	生年月日	小学校          年          組					
	住所	入学前の利用施設 新1年生のみ記入		自宅電話			
家族構成	保護者	父		母			
		ふりがな			ふりがな		
		氏名			氏名		
		携帯			携帯		
	勤務先等	名称： 電話：		勤務先等	名称： 電話：		
	（保護者同・居家族以外）	児童との続柄	氏名		備考		
			ふりがな				
			ふりがな				
		ふりがな					
緊急時連絡先	優先順位	氏名・勤務先名称等	続柄等	電話番号	保護者以外の場合所在地 <small>該当箇所には○をしてください。</small>		
	1				市内・市外（    ）		
	2				市内・市外（    ）		
	3				市内・市外（    ）		
勤務証明書等で証明されている学童保育所を必要とする曜日に○をしてください。 <small>※変則勤務がある場合は、平均的な曜日を御記入ください。</small>			塾や習い事等で、学童保育所を必要としない曜日に○をしてください。 <small>※曜日が不定な場合は、主な曜日に○をしてください。</small>				
父	月	火	水	木	金	土	
母	月	火	水	木	金	土	
学童保育所を必要とする日数を御記入ください。 <small>※変則勤務がある場合は、平均的な日数を御記入ください。</small>			⇒	1週間当たり    日利用を希望します			
平熱	度          分						
病歴 <small>※今までにかかった病気又は予防接種済のものに☑をしてください。</small>			かかりやすい病気・体質				
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）		<input type="checkbox"/> ポリオ		<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい		<input type="checkbox"/> よく腹痛を訴える	
<input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）		<input type="checkbox"/> 百日ぜき		<input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい		<input type="checkbox"/> よく頭痛を訴える	
<input type="checkbox"/> 耳下腺炎（おたふくかぜ）		<input type="checkbox"/> シフテリア		<input type="checkbox"/> のどがはれやすい		<input type="checkbox"/> 化膿しやすい	
<input type="checkbox"/> 水疱（水ぼうそう）		<input type="checkbox"/> ぜんそく		<input type="checkbox"/> 下痢しやすい		<input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎		<input type="checkbox"/> てんかん		<input type="checkbox"/> 便秘しやすい		<input type="checkbox"/> けいれんを起こしやすい	
<input type="checkbox"/> 結核・小児結核		<input type="checkbox"/> その他（    ）		<input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい		<input type="checkbox"/> その他（    ）	
かかりつけ医療希望の医療機関	1	名称：		住所：		電話：	
	2	名称：		住所：		電話：	
保険証	国保・協会・組合・共済・無・その他（    ） 名称          記号・番号 <small>※該当するものに○をつけてください。</small>						
医療の助成制度	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない						
受けている場合	種類		受給者番号		負担者番号		

※裏面も記入してください。

アレルギー疾患	アレルギーがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食物、花粉、ハウスダスト、ぜんそく、アトピー性皮膚炎)	
	アナフィラキシーの既往はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	エピペン処方されていますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	アレルゲン(アレルギーを引き起こす物質)は何ですか。具体的に記入してください。 ( )	
	おやつで食べられないものはありますか。(卵、牛乳、小麦など) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
生活の状況などについて	該当するものに☑し、配慮してほしいことをカッコ内に記入してください。	
	(1)身の回りのことについて	
	①食事について配慮してほしい点がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	②衣服の着脱について配慮してほしい点がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	③排泄について配慮してほしい点がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	(2)意思の疎通について	
	①会話・コミュニケーションについて配慮してほしい点がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	②視力・聴力について配慮してほしい点がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	(3)遊びについて	
	①得意な遊び・好きな遊びを記入してください。 ( )	
②苦手な遊びを記入してください。 ( )		
③遊びについて配慮してほしい点がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
(4)行動的特徴について ※該当するものがあれば、☑してください。		
<input type="checkbox"/> 繰り返し指示しても、ルールが理解できない <input type="checkbox"/> 気になることがあるとそちらに行ってしまう <input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返すことがある <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを表現することが苦手 <input type="checkbox"/> 特定の音や匂い、触覚などの刺激に敏感 <input type="checkbox"/> 自分なりの日課や手順があり、急な変更が苦手		
<input type="checkbox"/> じっとしているより動き回る方が好き <input type="checkbox"/> 動き回ってどこかに行ってしまうことがある <input type="checkbox"/> 高いところにのぼりたがる <input type="checkbox"/> 特定の物事にこだわりがある ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
発達について	該当するものがある場合には☑し、記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 保育園や幼稚園での生活の中で、又は就学時健康診断やその他健診(3歳児健康診査等)などで、お子さんの発達について医師や保健師等に相談をした、又は指摘されたことがある。指摘された内容を差し支えない範囲で記入してください。 [ ]	
(該当する障害ものついてに☑)	<input type="checkbox"/> 知的障害や発達障害 <input type="checkbox"/> 知的発達症 <input type="checkbox"/> 発達性学習症 <input type="checkbox"/> 広汎性発達障害	
	<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 注意欠如多動症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳をもっている ( 級 障害名: )	
	<input type="checkbox"/> 愛の手帳をもっている ( 度 障害名: )	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳をもっている ( 級 障害名: )	
学童保育所での生活において、配慮してほしいことなどがあれば記入してください。		
その他	その他、児童の様子で気になること、伝えておきたいこと、配慮してほしいことなどがありましたら記入してください。	

備考

※内容に変更が生じた場合は、速やかに入所先の学童保育所にお知らせください。  
 ※この児童票の内容は、学童保育所の運営以外の目的には使用いたしません。