

様式第4号の2（第6条関係） お預かりした児童が学童保育所での生活を安心して過ごせるように、また支援員の配置の参考に
 するために、できるだけ現在の状況を正確にご記入くださいますようお願いいたします。

学童保育所児童票（記入見本）

		第一〇〇		学童保育所		
入所児童	ふりがな	こくぶんじ ほっち		学校名・学年・組 ※新年度在学（予定）の学校名、学年、組を記入してください。		
	氏名	国分寺 ホッチ		第〇 小学校 〇年 〇組		
	生年月日	平成〇年 〇月 〇年		入学前の利用施設 新1年生のみ記入	〇〇保育園	
	住所	〒185-8501 国分寺市戸倉1丁目〇-〇 〇〇マンション〇号		自宅電話	042-322-0000	
家族構成	保護者	父		母		
		ふりがな	こくぶんじ むさし	ふりがな	こくぶんじ おたか	
		氏名	国分寺 武蔵	氏名	国分寺 お鷹	
		携帯	080-1234-0000	携帯	090-5678-0000	
		メール アドレス	musashi1234 @ ▲▲▲	メール アドレス	otaka5678 @ ▲▲▲▲	
	勤務先 等	名称： 国分寺宇宙開発(株) 電話： 042-325-0000	勤務先 等	名称： こくバジ直売所 電話： 042-325-0000		
	（保護者同居 児童族以外）	児童との 続柄	氏名		備考	
		姉	ふりがな 国分寺 光	第〇小学校 3年		
弟		ふりがな 国分寺 崖線	〇〇保育園 申請中			
		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 該当箇所に○をしてください。	
	1	国分寺 お鷹（携帯）	母	090-5678-0000	市内・市外（ ）	
	2	国分寺 武蔵（勤務先）	父	042-325-0000	市内・市外（ ）	
	3	国分寺 万葉（携帯）	祖母	070-3456-0000	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。 ※変則勤務がある場合は、平均的な曜日を御記入ください。			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。 ※曜日が不定な場合は、主な曜日に○をしてください。			
父	月 火 水 木 金 土	月 火 水 木 金 土 → □隔週 ■塾 □習い事 ■その他（母在宅）				
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。 ※変則勤務がある場合は、平均的な日数を御記入ください。			⇒ 1週間当たり 3 日利用を希望します			
平熱	36度 5分					
病歴 ※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。			かかりやすい病気・体質			
<input checked="" type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）	<input checked="" type="checkbox"/> 百日ぜき	<input checked="" type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい	<input type="checkbox"/> よく頭痛を訴える			
<input checked="" type="checkbox"/> 耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 鼻血が出やすい			
<input checked="" 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 checked="" 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 希望の医療機関	1	名称： ●●クリニック	住所： 国分寺市●町1-2-●	電話： 042-325-●●●●		
	2	名称： ▲▲病院	住所： 国分寺市▲町3-4-▲	電話： 042-325-▲▲▲▲		
保険証	国保・協会・組合・共済・無・その他（●●組合）		名称	記号・番号 15-●●●●		
医療の助成制度	<input checked="" 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 (子)	受給者番号 12●●●●	負担者番号 56●●●●			

※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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	エピペンが処方されていますか。 <input checked="" 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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 (ブロック ドッチボール) ②苦手な遊びを記入してください。 (折り紙) ③遊びについて配慮してほしい点がありますか。 <input checked="" 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、 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> じっとしているより動き回る方が好き	
<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"/> 動き回ってどこかに行ってしまうことがある	
<input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返すことがある	<input type="checkbox"/> 高いところにのぼりたがる	
<input checked="" type="checkbox"/> 自分の気持ちを表現することが苦手	<input type="checkbox"/> 特定の物事にこだわりがある ()	
<input type="checkbox"/> 特定の音や匂い、触覚などの刺激に敏感	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 自分なりの日課や手順があり、急な変更が苦手		
発達について	該当するものがある場合には <input checked="" type="checkbox"/> 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。 [特に無し]	
	<input type="checkbox"/> お子さんの病気や発達について、相談している病院や専門機関がある。病院・専門機関名を記入してください。 [特に無し]	
(該当する障害ものついてに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 知的障害や発達障害	<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症
	<input type="checkbox"/> 知的発達症	<input type="checkbox"/> 注意欠如多動症
	<input type="checkbox"/> 発達性学習症	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 広汎性発達障害	
	<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。 特に無し		
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。 人見知りがあるので、大勢の中が苦手	

備考

※メールアドレスは、台風等の災害等による休所情報や緊急等でのお知らせメール配信のため必要です。
 ※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。
 ※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。