

児童調査票

児童	ふりがな			続柄	生年月日	平成 年 月 日
	氏名					学年 組
保護者	ふりがな 氏名	父		勤務先	(電話)	
		母			(電話)	
	住所			自宅電話		
家族 (同居人も記入)	氏名	続柄	年齢	職業・学校名・学年・その他	健康	
利用形態	利用予定曜日に○をしてください。 (月 火 水 木 金 土)			習い事	習い事： 曜日：	
	※土曜日に利用予定の方のみ				出発時間： 時 分 (迎え・歩き)	
	利用時間 時～ 時頃				終了後： 帰宅 ・ クラブに戻る	
					習い事： 曜日：	
					出発時間： 時 分 (迎え・歩き)	
					終了後： 帰宅 ・ クラブに戻る	
					習い事： 曜日：	
帰宅方法	〈普段の帰宅方法を選んでください〉			緊急連絡先 (優先順) ※日中連絡が取れる連絡先を記載		
	<input type="checkbox"/> お迎え お迎え時間 時 分頃			①	電話番号 - -	
	<input type="checkbox"/> 歩いて帰宅 ※クラブを出る時間 出発時間 時 分頃				父 ・ 母 ・ その他 ()	
	<input type="checkbox"/> バスを利用 利用する路線 _____				②	電話番号 - -
※日によって違う場合などあれば、 記載してください。			父 ・ 母 ・ その他 ()			
〔 _____ 〕			③	電話番号 - -		
				父 ・ 母 ・ その他 ()		

【児童の健康状態など】

※児童クラブでの生活において、健康上の留意点などあればご記入ください。

1. 持病などがありますか？ ある ・ ない

ある場合は、病名や通院状況、薬を飲んでいるかなどご記入下さい。

また、運動の制限がある、などの留意点がありましたらあわせてご記入ください。

◎病名など：

◎通院状況： 毎週（ 曜日） ・ 毎月（ 日）

◎服薬状況： ①朝・昼・晩 ②朝・晩 ③1日1回（朝・昼・晩）

◎留意点がありましたらご記入ください。

2. アレルギーはありますか？ ある ・ ない

◎「ある」場合は、どのようなアレルギーですか？

◎どのような症状がでますか？また症状が出た場合の対応についてご記入ください。
（発疹が出るので、持参している薬を飲ませる。など）

3. お子さんの健康面や性格面で気になることがあればご記入ください。

（腹痛をおこしやすい、短気ですぐに怒る、など）

4. 発達支援センター「鶴川たんぼぼ」または「穂別きらり」に通所されていますか？

通所している ・ 通所していない

◎「通所している」場合は、曜日等についてご記入ください。

① 毎週 曜日 ② 毎月 回（ 曜日） ③ その他（ ）