

学童保育所児童票 (記入見本)

		組が決まってない 場合には、未記入 で結構です。		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		
	氏名	国分寺 ホッチ		※新年度在学(予定)の学校名、学年、組を記入してください。 第〇〇学校 〇年		
	生年月日	平成〇年 〇月 〇日		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	042-325-〇〇〇〇 090-5678-〇〇〇〇	
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	必ず連絡がつく 電話番号、内線、 部署名、呼び出し 名等を記入してく ださい。
		氏名	国分寺 武蔵	氏名	国分寺 お鷹	
		携帯	080-1234-〇〇〇〇	携帯	090-5678-	
	勤務先等	名称: 国分寺宇宙開発(株) 開発部 電話: 042-325-〇〇〇〇 (内線〇〇〇) 電話: 090-1234-〇〇〇〇 ※会社用携帯をお持ちの方は記入してください。	勤務先等	名称: こくべジ直売所 電話: 042-325-〇〇〇〇 (内線〇〇〇) 電話: 090-5678-〇〇〇〇 ※会社用携帯をお持ちの方は記入してください。		
	(保護者・同居家族 以外)	児童との続柄	氏名		職業・学校名(学年)・保育園幼稚園名(クラス)等	
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 3歳児クラス			
		ふりがな	緊急時や体調不良時、 出欠席の確認等で連 絡のとれる番号を記 入してください。			
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 該当箇所には○をしてください。	
	1	国分寺 お鷹 (携帯)	母	090-5678-〇〇〇〇	市内・市外 ( )	
	2	国分寺 武蔵 (勤務先)	父	042-325-〇〇〇〇	市内・市外 ( )	
	3	国分寺 万葉 (携帯)	祖母	070-3456-〇〇〇〇	市内・市外 ( )	
	4				市内・市外 ( )	
	5				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				
母	月 火 水 木 金 土	■塾 □習い事 ■その他 (母在宅)				
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	
健康上指導員に知っておいて欲しいことを具体的に記入してください。 特になければ「□特になし」に☑してください。 (例: ぜんそく、てんかん、川崎病、慢性疾患等)	かかりやすい病気・体質 (該当するものに☑してください。)	
□特になし	<input checked="" type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> よく腹痛を訴える
風邪をひくとぜんそくになりやすいです。吸入器を使用しています。	<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 type="checkbox"/> のどがはれやすい	<input type="checkbox"/> 化膿しやすい
	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻血が出やすい
	<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"/> 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-▲▲▲▲

※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、小麦等) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
生活状況などについて	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。 ( <b>ブロック ドッチボール</b> )	
② 苦手な遊びを記入してください。 ( <b>折り紙</b> )		
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 checked="" 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、又は就学时健康診断やその他の健診(3歳児健康診査等)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。 ( )	
(該当するもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> )	<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。 ( )	
	<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等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等がありましたら記入してください。  <b>人見知りがあるので、慣れるまで時間がかかります。</b>	

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。