

児童調査表の取り扱い・記入について

この調査表は、お子さんが児童クラブで安心安全に過ごせるよう準備するために、分かる範囲で教えていただきたいと考え、作成しています。

ご記入いただいた内容は子育て支援課と児童クラブのみで共有し、入所に関する
こと以外に利用することはありません。

(記入について)

① 1～3の設問は、利用方法・連絡体制についての設問です。必ずご記入ください。

② 4の設問について

きょうれき
既往歴・アレルギー・障がい・発達については、クラブ職員が適切な対応ができるよう
詳細にご記入ください。

体質や生活面について、この調査表に書くことが難しい場合や悩む場合は、入所前の
面談時などで児童クラブ職員へ直接ご相談ください。

※回答はできる限り、分かる範囲でご記入ください。

放 課 後 児 童 ク ラ ブ 児 童 調 査 票

児童氏名		保護者氏名	
------	--	-------	--

1. 帰宅方法 (✓をつけてください。)

迎え 迎えに来る人 () ひとりで帰る その他 ()

帰宅までに要する時間 徒歩 車 分

自宅学童間の経路・略図

--

2. 緊急連絡先 (最初に連絡する人の電話番号①②から順に連絡します。)

電話番号を書いて (自宅・会社・携帯電話) はあてはまるものに○してください。

	氏 名	続柄	電話番号① (日中連絡が取れる番号)	電話番号② (日中連絡が取れる番号)
最初に連絡する人			- - (自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)	- - (自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)
上記が不在の場合			- - (自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)	- - (自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)
上記が不在の場合			- - (自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)	- - (自宅 ・ 会社 ・ 携帯電話)

3. 利用日

出席する曜日の枠には○、欠席する曜日の枠には×を書いてください。

	月	火	水	木	金	土
出欠(○・×)						
欠席理由	欠席(×)の場合は下記どちらかの同じ曜日の枠に○を書いてください。					
保護者等休日						
その他 (習い事等)						

4. 児童の健康状態、生活面などについて

平熱	度	分	かかりつけ医：□よしもと □くまさか □八重山病院 □その他（ ）		
疾患・既往歴 ^{きおうれき} について					
現在治療中または過去にかかった病気などありますか。				□ある □ない	
<input type="checkbox"/> 心臓病	治療中・経過観察・完治		<input type="checkbox"/> 結核性の病気	治療中・経過観察・完治	
<input type="checkbox"/> 腎臓病	治療中・経過観察・完治		<input type="checkbox"/> けいれん性の病気	治療中・経過観察・完治	
<input type="checkbox"/> 肝臓病	治療中・経過観察・完治		<input type="checkbox"/> ぜんそく	治療中・経過観察・完治	
<input type="checkbox"/> 気管支炎	治療中・経過観察・完治		<input type="checkbox"/> てんかん	治療中・経過観察・完治	
<input type="checkbox"/> 肺炎	治療中・経過観察・完治		<input type="checkbox"/> じんましん	治療中・経過観察・完治	
<input type="checkbox"/> 川崎病	治療中・経過観察・完治		<input type="checkbox"/> ヘルニア	治療中・経過観察・完治	
<input type="checkbox"/> その他（ ）				治療中・経過観察・完治	
アレルギー疾患がありますか。				□ある □ない	
アレルギー疾患生活管理指導表をお持ちですか。 ※あれば、写しをご提出ください。				□ある □ない	
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー（食品名 ）				治療中・経過観察・完治	
※食物アレルギーがある場合、おやつ及び弁当は持参してください。放課後児童クラブで代替食等の対応はできませんので、ご了承ください。					
<input type="checkbox"/> その他アレルギー（ ）				治療中・経過観察・完治	
アナフィラキシー ^{きあひる} 既往歴	□ある □ない		エピペン [®] の処方	□ある □ない	
上記のアレルギーについて、配慮が必要な場合を具体的に記入してください。 （禁止事項や特に注意が必要なことなど）					
直近のアレルギーの発症について いつ：（ ）どのような状況で：（ ） どのような症状でしたか。 どのように対応されましたか。					
上記の病気やアレルギーについて処方されている薬はありますか。				□ある □ない	
処方薬について教えてください。 <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 <input type="checkbox"/> 点耳薬 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬品名：（ ）					
薬は児童本人が持ち歩いていますか。				□はい □いいえ	
薬が必要な時は児童本人が自分で対応できますか。				□はい □いいえ	
※薬が必要な時に職員が対応する必要がある場合、具体的な使用方法を事前に教えてください。					

発達・障がいについて	
心身の障がいについて診断を受けたことがありますか？（疑いを含む。）	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 身体障害 障がい名：() <input type="checkbox"/> 通院・通所している <input type="checkbox"/> 相談中 関係機関：()	身体障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 知的障害・発達障害 障がい名：() <input type="checkbox"/> 通院・通所している <input type="checkbox"/> 相談中 関係機関：()	療育手帳の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 精神障害 障がい名： <input type="checkbox"/> 通院・通所している <input type="checkbox"/> 相談中 関係機関：()	精神障害者保健福祉手帳の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
特別児童扶養手当を受給していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
小学校でお子さんに支援員はついてますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
小学校で通級指導教室の利用がありますか？ （利用予定や過去に利用していた場合は「はい」に✓をつけてください。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 言語通級	利用中・利用予定・過去利用
<input type="checkbox"/> 情緒等通級：()	利用中・利用予定・過去利用
「いいえ」に✓の場合で、利用はないが相談を考えている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 言語通級 <input type="checkbox"/> 情緒等通級：()	
障がいや発達について、配慮が必要な場合を具体的に記入してください。 （禁止事項や特に注意が必要なことなど）	
体質・生活面について	
体質について、当てはまるものに✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 腹痛を起こしやすい <input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい <input type="checkbox"/> 味・においに過敏 <input type="checkbox"/> のどをからしやすい <input type="checkbox"/> 鼻水、鼻づまりが多い <input type="checkbox"/> 鼻血がでやすい <input type="checkbox"/> 視力矯正している <input type="checkbox"/> 色を間違えることがある <input type="checkbox"/> しっしんが出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい <input type="checkbox"/> ころびやすい <input type="checkbox"/> その他、気になること ()	
生活面について、当てはまるものに✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 自分の考えを伝えることができる <input type="checkbox"/> 自分の考えを伝えるのが難しい <input type="checkbox"/> 集団行動が難しい時がある（どんなとき：) <input type="checkbox"/> 緊張が強くなる時がある（どんなとき：) <input type="checkbox"/> 集中して話を聞くことが難しい <input type="checkbox"/> ひとりで遊ぶことが好き <input type="checkbox"/> みんなで遊ぶことが好き <input type="checkbox"/> 暗いところが苦手 <input type="checkbox"/> 大きい音が苦手 <input type="checkbox"/> 集中すると、周囲の音が聞こえづらい時がある <input type="checkbox"/> その他気になること ()	