

クラブ名： 第 児童クラブ

家庭状況調査書		記入日(R . .)	
ふりがな 登録児童名	性別(男・女)	令和6年4月2日 現在の 小学校・学年	小学校 新 年
生年月日	平成 年 月 日(歳)		

住所	伊奈町	連絡先 電話番号	
----	-----	-------------	--

家族構成※登録児童(本人)除く	ふりがな 氏名	児童から みた続柄	生年月日	※入所基準	勤務先名または 学校名・学年
	[世帯主]			. .	
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		

※入所基準…【就労】【出産】【障害】【介護】【災害復旧】【在学】【職業訓練】【DV】【虐待】【求職】

緊急時連絡先 ※勤務中でも確実に連絡がつく番号からご記入ください。	
例	048-728-xxxx 母職場 ○○課/○○病棟等 祖父母の場合は氏名も記入してください。
①	
②	
③	

■児童の送迎予定者(※ファミリーサポートを利用する場合、その方の名字が分かっている場合はご記入ください。)

	送迎者氏名	続柄	方法	勤務先等から児童クラブまでの所要時間	通常のお迎え 予定時間
①				分	時 分 頃
②				分	時 分 頃
③				分	時 分 頃

■利用予定

- ①18:30以降の延長保育 (利用する / 利用しない) 延長希望申請済み 未申請
 ②土曜日 (利用する / 利用しない)

■習い事、塾などについて

	習い事などの種類	曜日	時間	当日の児童クラブ利用の有無
①			: ~ :	有・無
②			: ~ :	有・無
③			: ~ :	有・無

障害・発達の状況

・身体障害者手帳や療育手帳を持っていますか(はい・いいえ・現在申請中)
身体障害者手帳(級)・((A)・A・B・C)・精神障害者福祉手帳(級)

・通院・通所先(名称:)
相談の内容()

・児童の発達障害で心配なこと

- 1 発達障害の遅れがあるように思われる。
- 2 言葉の発達が遅れているように思われる。
- 3 情緒が不安定であるように思われる。
- 4 自閉的傾向があるように思われる。
- 5 多動性障害の傾向があるように思われる。
- 6 その他 ()

集団生活における注意事項(性格・体質等)...

既往歴

かかったことのある病気	・麻しん(はしか)・風しん・水痘・流行性耳下腺(おたふく風邪)・百日咳 ・中耳炎・ヘルニア・肺炎・肝炎・川崎病・ぜんそく ・心臓疾患(病名 /症状: 不整脈・肥大・雑音・その他()) その他()
ひきつけ	有・無 (1回目 歳 か月/その後 回) 最終発作(年 月)
けいれん	有・無 (熱性けいれん:熱 度 分・ 回/無熱性 回) 最終発作(年 月)
てんかん	有・無 (状態:) (服薬開始 歳 年月/1日 回服用中) 最終発作(年 月)

かかりつけの病院	登録児童の平熱 °C
病院名	電話番号
内科	

アレルギーについて

食べ物アレルギー	・卵(全卵・卵黄・卵白)・牛乳(乳製品)・小麦・大豆・そば ・落花生・ごま・その他()
その他アレルギー	・ダニ・ハウスダスト・花粉症・その他()
食事制限	・完全除去: 要(食べ物名:)・不要
アナフィラキシー	・原因()・症状()