



在籍児童個票

クラブ (小学校)

児 童 名		生 年 月 日	平成 年 月 日
保 護 者 名		自 宅 電 話 番 号	
現 住 所	〒 -		
緊急連絡先：日中に必ず連絡のつく番号で、優先度の高い順に2か所以上ご記入ください。			
①	-	続柄：	、携帯・職場・自宅・その他（ ）】
②	-	続柄：	、携帯・職場・自宅・その他（ ）】
③	-	続柄：	、携帯・職場・自宅・その他（ ）】

＜保健・生活状況調査＞

血液型：（ ）型・RH（ ） / 未調査		児童の平熱：（ ）℃	
アレルギーの有無：有（種類 ）・無		治療中の病気：有 ・ 無	
アレルギーの症状：（ ）		＊有の場合、該当するものに○を入れてください。	
障がいの有無：有（診断名 ）・無		ぜんそくの発作予防の薬を飲んでいる	
手帳の有無：有（有の場合、下記もご記入ください）・無		てんかん・痙攣発作予防の薬を飲んでいる	
療育手帳（ A ・ B（1） ・ B（2） ）		心臓病の治療・検査を受けている	
身体障害者手帳（ 種 級 ）		その他（ ）	
療育について		受けたことがある（担当先生 ） ・ 受ける予定 ・ 受けていない	
今までに利用したことのあ る相談機関等		□保健センター（相談時期： 歳頃 相談内容： ） □こどもセンター（相談時期： 歳頃 相談内容： ） □その他（相談機関名： 相談時期： 歳頃 相談内容： ）	
かかり つけ医	内科	TEL	歯科 TEL
	外科	TEL	（ ）科 TEL
児 童 の 生 活 状 況	自由に会話ができる。（ はい ・ いいえ ） 【いいえの場合、具体的にどの程度まで会話できますか。】		
	一人で排泄ができる。（ はい ・ いいえ ） 【いいえの場合、具体的にどの程度の手助けが必要ですか。】		
	一人で食事ができる。（ はい ・ いいえ ） 【いいえの場合、具体的にどの程度の手助けが必要ですか。】		
	こだわりやパニックになることはありますか。（ はい ・ いいえ ） 【はいの場合、具体的にどのような時ですか。また、どのような配慮が必要ですか。】		
	家庭での様子について 得意なことや好きな遊び（ ） 苦手なことや嫌いな遊び（ ）		
※ その他お子さんの健康・生活上、気になることがあれば、くわしく書いて下さい。			

＊ 上記の内容は、在籍クラブと共有いたします。変更が生じた場合はご連絡ください。
個人情報ですので、取扱いには注意をいたします。