

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3か所ご記入ください。			
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。			

子どもの状況を必要に応じて在籍クラブの他、小学校、保育所・こども園、療育施設と情報共有することに同意します。	チェック
--	------

* 内容に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。