

在籍児童個票



クラブ (小学校)

児 童 名			生 年 月 日	平成 令和	年	月	日
保 護 者 名			保護者電話番号				
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）） 身体障害者手帳（種 級）			心臓病の治療・検査を受けている			
			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。