

児童調査票

平成 年度

クラブ名:

放課後児童クラブ

児童	フリガナ				性別	血液型 (わかっている場合)
	氏名				男・女	
	生年月日	平成	年	月	日	(4月からの学年 年)
	住所					
	電話番号	自宅 ()	父(又は保護者)携帯 ()	母(又は保護者)携帯 ()		
家族状況	父	フリガナ	生年月日			
		氏名	昭和・平成 年 月 日			
		勤務先				
		勤務先所在地	Tel ()			
		勤務時間: 時 分~ 時 分 / 休日: 曜				
	母	フリガナ	生年月日			
		氏名	昭和・平成 年 月 日			
		勤務先				
		勤務先所在地	Tel ()			
		勤務時間: 時 分~ 時 分 / 休日: 曜				
	その他家族 及び同居人	氏名 (続柄)	生年月日			
		()	大・昭・平 年 月 日			
		()	大・昭・平 年 月 日			
		()	大・昭・平 年 月 日			
()		大・昭・平 年 月 日				
()		大・昭・平 年 月 日				
()		大・昭・平 年 月 日				

緊急連絡先	優先順位	日中繋がる連絡先番号をご記入ください			
		名前(ふりがな)	児童との関係	携帯、勤務先等(部署など)	電話番号
	1				
	2				
	3				
	4				
5					

生育歴	※保育所・幼稚園・自宅で過ごすなど、詳しく書いてください	
	歳~ 歳	
	歳~ 歳	

児童名： _____

児童の健康状態	1. 大変元気 2. 普通 3. 元気がない 4. 病気にかかり易い 5. 病弱		
	常用している医薬品など		
	既往症： 1. 水ぼうそう 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹(三日はしか) 4. 百日咳 5. おたふく風邪 6. その他()		
	体質： 1. アレルギー() 2. 平熱(°C) 3. その他()		
	※避けている食べ物や特記事項等 (卵、そば、動物の毛、けいれん等)		
保険証	健康保険証の内容		
	保険者名称： 記号： _____ 番号： _____		
医療機関	かかりつけの 医院・病院 など	名称	
		住所	
		電話	
	緊急時の 利用希望病院 がある場合	内科	☎
		外科	☎
眼科		☎	
歯科		☎	
児童の性格	お友だちと仲良く遊べますか はい ・ いいえ		
	伸したい性格		
	直したい癖		
	最近好んでする遊び、趣味など		
世帯状況	1、一般世帯 2、父子世帯 3、母子世帯 4、生活保護世帯 5、その他()		
その他	障害疾患などもお書きください。		

※この資料は保育の目的以外には使用しません。