

# 児童調査票

クラブ名:

放課後児童クラブ

児童	フリガナ				性別	
	氏名				男・女	
	生年月日	平成・令和	年	月		日 (4月からの学年 年)
	住所					
家族状況※祖父母は同居の場合のみ記載	代表保護者 続柄( )	フリガナ	生年月日			
		氏名	昭和・平成		年 月 日	
		電話番号				
		勤務先				
		勤務先所在地	☎ ( )			
	保護者2 続柄( )	フリガナ	生年月日			
		氏名	昭和・平成		年 月 日	
		電話番号				
		勤務先				
		勤務先所在地	☎ ( )			
	祖父		大・昭・平・令	年	月	日
	祖母		大・昭・平・令	年	月	日
	その他家族 及び同居人	( )	大・昭・平・令	年	月	日
		( )	大・昭・平・令	年	月	日
( )		大・昭・平・令	年	月	日	
( )		大・昭・平・令	年	月	日	
( )		大・昭・平・令	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	電話番号	勤務先名等(部署など)	
	1					
	2					
	3					
	4					
5						

児童名:

児童の健康状態等	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 常用薬 <input type="checkbox"/> 障害に関する手帳 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 発達に関する相談	
	既往歴(病名・時期など):	
	治療中(病名・かかりつけ医・通院頻度など):	
	常用薬品:	
	手帳情報:身体障害者手帳( )級、療育手帳( )級、精神保健福祉手帳( )級	
	食物アレルギー:	
	発達に関する相談:	
	.....	
	.....	
	※その他特記事項をご記入ください	
医療機関	かかりつけの 医院・病院 など	名称
		住所
		電話
		名称
		住所
		電話
		名称
		住所
		電話

※この資料は保育の目的以外には使用しません。