

# 児 童 調 査 書

クラブ	小学校(学園) 児童クラブ						
本 人	フリガナ		男 女	★最終の保育歴★			
	氏 名			★種別 (〇をしてください) 保育園・幼稚園 認定こども園	★名称 ( ) 園		
	生年月日		平成 年 月 日生		通算保育歴 年		
	住 所		★緊急時連絡先★ ※保育時間で連絡ができる優先順に記入				
保 護 者	フリガナ		続柄	①名称			
	氏 名			☎			
	生年月日		平成・昭和 年 月 日生		②名称		
	携帯電話番号		☎		③名称		
	勤務先	名 称		☎		④名称	
		住 所		☎		⑤名称	
		電話番号		☎		★メールアドレス★ 一斉送信に登録するアドレスにノをしてください。	
	フリガナ		続柄	⑤名称		☎	
	氏 名			☎		PC	
	生年月日		平成・昭和 年 月 日生		①		
	携帯電話番号		☎		②		
	勤務先	名 称		☎		③	
住 所		☎		④			
電話番号		☎		⑤			
そ の 他 同 居 人	氏名		続柄	年齢	勤務先・学校	備考	
★登下校★				★習いごと(クラブを利用する曜日のみ)★			
通学所要時間				種類	曜日	時間帯	
通学時に気になること 等						～	
						～	
						～	

児童名【 _____ 】						
★血液型★ いずれか☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> AB	Rh式 <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> -
かかりつけ病院名(あればご記入ください)						
★児童の状況について、①～⑫の質問にお答えください。(該当すると思われる回答を選択してください。)						
① 食事(自分一人で)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない 時がある	<input type="checkbox"/> できない	①～③で「できない(時がある)」と回答された場合、その内容を具体的にご記入ください。		
② トイレ(自分一人で)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない 時がある	<input type="checkbox"/> できない			
③ 着脱衣(自分一人で)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない 時がある	<input type="checkbox"/> できない			
④ 日常会話のやりとり (簡単な指示の理解含む)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない 時がある	<input type="checkbox"/> できない	④～⑤で「できない(時がある)」と回答された場合、その内容を具体的にご記入ください。		
⑤ 集団生活、集団行動	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない 時がある	<input type="checkbox"/> できない			
⑥ ぜんそく	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある	⑥～⑧で「ある」と回答された場合、以下についてご記入ください。 ・直近の発症年月【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】		
⑦ てんかん	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある	・発症の頻度【 _____ 】		
⑧ 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある	・対処方法【 _____ 】		
⑨ その他慢性疾患	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある	⑨～⑩で「ある」と回答された場合、詳細をご記入ください。		
⑩ 運動制限	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある			
⑪ 身体・知的・発達の状況等について、診断や指摘を受けたことがありますか。 (受診中・受診予定含む)	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい	⑪で「はい」と回答された場合、診断名等をご記入ください。 診断名等		
⑫ 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない	・	<input type="checkbox"/> ある	⑫で「ある」と回答された場合、アレルギーの詳細をご記入ください。		
※食物アレルギーが「ある」と回答された方						
エピペン <sup>®</sup> 等注射器を処方されていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい			
飲み薬等を処方されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい			
※上記の補足または、その他、健康面や行動面、生活面等において、特別配慮が必要なことがあれば、ご記入ください。						
自宅から小学校までの、通学経路をご記入ください。						

★クラブでは原則、医療行為はできません。緊急時は保護者の方への連絡及び救急搬送措置となります。

### 同意書

○児童一人ひとりが安全に児童クラブを利用して頂くにあたり、岡山市及び岡山市ふれあい公社が必要に応じて学校及び就学前施設(幼稚園等)から必要な情報を収集したり、集団生活での児童の様子を観察したりすることに同意します。

○「利用申請書」及び本調査票に記載した内容や収集された情報、学校及び就学前施設(幼稚園等)から提供された情報を資料として、岡山市が岡山市ふれあい公社、児童クラブと共有することに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 保護者氏名(署名) \_\_\_\_\_