

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	☐ 良好 ☐ 既往歴 ☐ 治療中 ☐ 常用薬 ☐ 障害に関する手帳 ☐ 食物アレルギー ☐ 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。