

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	年	月		日 (4月からの学年 年)
	住所					
家族状況	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				
	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				
		氏名 (続柄)	生年月日			
	父方祖父		大・昭・平・令	年	月	日
	父方祖母		大・昭・平・令	年	月	日
	母方祖父		大・昭・平・令	年	月	日
	母方祖母		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	携帯、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。