

# 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。