

児童調査票

【申請時】

ふりがな 児童氏名		男・女	(生年月日) 年 月 日		
保護者氏名		続柄	電話番号		
住所	新庄市 町内名 ()				
小学校 学園名	小学校・学園		利用施設名	日新・新庄・明倫・萩野	

○放課後児童クラブでお子さんの安全を配慮ができるよう、必ず保護者の方がご記入ください。職員が理解を深めるため、後日詳しく伺いする場合がありますのでよろしくお願いいたします。

1. 感染症歴・予防接種歴

かかった感染症があれば年齢を記入し、予防接種の有無を○で囲んでください。

感染症名	予防接種の有無	罹患年齢	感染症名 【予防接種名】	予防接種の有無	罹患年齢	その他感染症
麻疹(はしか)	有・無	歳	結核【BCG接種】	有・無	歳	
風しん	有・無	歳	【三種混合】 ジフテリア・百日咳・破傷風	有・無	歳	
水痘(水ぼうそう)	有・無	歳	【日本脳炎】	有・無	歳	
おたふくかぜ	有・無	歳	【その他】	有・無	歳	

2. 既往歴

今までに罹った大きな病気やけがについて、配慮事項等があれば具体的に記入してください。

(心臓、腎臓、糖尿病、結核、川崎病、てんかん、喘息、その他大きな病気やけが等)

傷病名	時期	医療機関名	経過/現在の状況等	服薬状況
				有・無 薬品名
				有・無 薬品名
				有・無 薬品名

3. アレルギー

管理を必要とするアレルギー疾患について必要事項を記入してください。

(食物・薬物・運動誘発性等で学校提出用の学校生活管理指導表のコピーをご提出ください。)

アレルギーの種類	医療機関名	現在の様子やアレルゲン、症状等	服薬状況

4. 障害者手帳の情報

無・有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)

*有の場合は、各手帳のコピーをご提出ください。

5. 子育て関係機関への相談

特になし 子育て支援センター 市健康課保健師 保健センター

児童相談所 県立こども医療療育センター その他

相談内容 ()

裏面に続きます

○お子さんの身体や心の健康及び性格、行動等、放課後児童クラブへ知らせておくほうが良いと思われることがあればご記入ください。

○ 自宅付近の略図（自宅を中心に目印になるものと一緒にご記入ください）