

【記入日】 令和 年 月 日 現在

フリガナ 児童氏名			性別	生年月日 H・R 年 月 日	血液型 型	平熱	学校名 小学校
フリガナ 保護者氏名			男・女	住所	〒		TEL
父母の状況 (該当箇所に○を記入)							
父親	同居・単身赴任・別居・離婚・未婚・死亡・その他() ※同居以外の場合は右記に記入: 年 月から			母親	同居・単身赴任・別居・離婚・未婚・死亡・その他() ※同居以外の場合は右記に記入: 年 月から		
本人 (同居者 以外の 家族 構成)	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	職業	勤務先 / 学校名	勤務先 TEL	備考
祖父 父方							
祖母 母方							
健康保険証のコピー添付 (の り づ け)				緊急連絡先(連絡のとれる順に記入)			
かかりつけの医療機関				フリガナ 氏名	TEL	備考	
				①			
病院名		TEL	②				
①			③				
②							
③							

申込児童の状況について		自宅付近の地図 (コピー添付可)	◇自宅を赤色で囲む ◇出来るだけ、目印になりやすい建物を入れて下さい。	
現在の児童の状況について				
①	<input type="checkbox"/> 自宅で同居する家族がみている <input type="checkbox"/> 別居の祖父母がみている			
	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に入所中 (園名:)			
	<input type="checkbox"/> 学童クラブに入会中: 公立・民間 (施設名:)			
	<input type="checkbox"/> 一人で留守番をしている <input type="checkbox"/> その他()			
② 学級について				
<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他()				
③ 視力・聴力で気になることはありますか?				
③	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(どんなことですか?また、生活上、注意することはありますか?) ()			
④ これまで大きなケガ・病気にかかったことがありますか?				
④	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(どんなことですか?また、生活上、注意することはありますか?) ()			
⑤ 体質に異常はありますか?				
⑤	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(どんなことですか?また、生活上、注意することはありますか?) ()			
⑥ 熱性けいれんを起こしたことはありますか?				
⑥	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(1年以内に起こした回数、及び直近で起った日付を記入して下さい。) (回 / 日付:)			
⑦ 食物アレルギーはありますか?				
⑦	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(その食物は何ですか?どのような症状になりますか?) ()			
⑧ 他のアレルギーはありますか?		お迎えについて	通常におけるお迎えの予定時刻	
⑧	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(その原因は何ですか?どのような症状になりますか?) ()	時 分 頃		
⑨ 集団生活をしていく上で、気になる点や不安なことがありますか?(性格・運動面含む)		主にお迎えに来る方	氏名	児童との関係
⑨	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(どのようなことですか?) ()			
⑩ 障害(発達障害・疑いも含む)等、発達の面で不安なことはありますか?				
⑩	<input type="checkbox"/> ない			
	<input type="checkbox"/> ある(診断名や不安なことを記入して下さい。) ()			