

## 児 童 調 査 票

◎基本事項

ふりがな		生年月日	年 月 日 生
児童氏名	(男・女)		
現住所		電話番号	自宅 携帯
学校学年	伊勢原市立 小学校 年 組 支援級 組	担任	先生 先生

日中の連絡先1	氏名（ふりがな）	続柄	電話番号
日中の連絡先2	氏名（ふりがな）	続柄	電話番号

※緊急連絡先としても使用します。

迎えの方法	1 日常的に（ ）が迎えに行く
	2 （ ）が都合の悪いときは（ ）が迎えに行く
	3 その他（ ）

◎児童の状況

今まで	・（ ）保育園 <input type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 卒園	
	・（ ）幼稚園 <input type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 卒園	
	・療育機関（ ） <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用経験あり	
習い事	・（ ）曜日（ 時 分～ 時 分）まで（ ）へ行く	
	・（ ）曜日（ 時 分～ 時 分）まで（ ）へ行く	
	・（ ）曜日（ 時 分～ 時 分）まで（ ）へ行く	
性格	長所	短所
興味を示しているもの、こと		
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	
	入院や手術などの大きな病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 病名 ) →現在も経過観察中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 病名 )	
	持病等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →ぜんそく・てんかん・熱性けいれん 心臓病・アトピー・アレルギー	
	その他日常留意していること <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	学校の健康診断(就学児童) <input type="checkbox"/> 健康と診断された <input type="checkbox"/> 注意事項があった( )	

### 配慮の必要性の確認

※ 安全にお預かりするため、児童の成長・発達の様子について質問します。該当する箇所に○をつけてください。

- |                                  |    |           |
|----------------------------------|----|-----------|
| 1 発育・ことば・その他の発達について相談している病院や専門機関 | ない | ・ ある      |
| 2 身体障害者手帳                        | ない | ・ ある ( 級) |
| 3 療育手帳                           | ない | ・ ある ( 級) |
| 4 支援級への在籍、進級の予定                  | ない | ・ ある      |