

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							
学校学年	伊勢原市立	小学校	年	組			
		支援級		組			

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（父・母・祖父・祖母・その他（ ））が迎えに行く
	2 (1)が都合の悪いときは（父・母・祖父・祖母・その他（ ））が迎えに行く
	3 その他（ ）

※こちらに御記入の無い方がお迎えに来る場合は、必ず事前に保護者様からクラブへ御連絡ください。

◎児童の状況

今まで	・（ ）保育園 <input type="checkbox"/> 卒園予定 <input type="checkbox"/> 卒園	
	・（ ）幼稚園 <input type="checkbox"/> 卒園予定 <input type="checkbox"/> 卒園	
	・療育機関（ ） <input type="checkbox"/> 利用経験あり <input type="checkbox"/> 利用中 → 併用予定（ある・ない）	
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"/> 懸念事項がある（ ）	
	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・食物アレルギー（ ） その他のアレルギー（ ）	
	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から4まで全て御確認ください。

- | | | | |
|----------------------------------|----|---|--------|
| 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 |