

児童調査票

◎基本事項

ふりがな		生年 月日 (男・女)	年　月　日　生
児童氏名			
現住所	伊勢原市		
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。日中連絡のつく連絡先を「連絡先2」まで記入してください。

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	□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	<input type="checkbox"/> ない	・ <input type="checkbox"/> ある
2 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> ない	・ <input type="checkbox"/> ある (級)
3 療育手帳	<input type="checkbox"/> ない	・ <input type="checkbox"/> ある (級)
4 支援級への在籍、進級の予定	<input type="checkbox"/> ない	・ <input type="checkbox"/> ある