

## 児童調査票

## ◎基本事項

ふりがな	いせはら いくなり	生年 月日	平成31年4月2日生
児童氏名	伊勢原 育成	男・女)	
現住所	伊勢原市 田中348番地		
学校学年	伊勢原市立 ○×	小学校 1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
	伊勢原 花子	母	
日中の連絡先2	氏名(ふりがな)	続柄	
	伊勢原 夏雄	父	090-1234-5678

※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 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( )

※こちらは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	保護者等(中学生以上)の方を2名以上記入してください。		定 □卒園
	・(○×)幼稚園	<input checked="" type="checkbox"/> 卒園予定	□卒園
習い事	・療育機関( )	□利用経験あり	□利用中 →併用予定(ある・ない)
	・(火)曜日(17時30分～18時30分)まで(体操教室)へ行く		
	・( )曜日( 時 分～ 時 分)まで( )へ行く		
性格 長所 思いやりがあるところ	短所 集中力がないところ		
興味を示しているもの、こと			
健康状態	☑良好	□懸念事項がある( )	食物アレルギーがある場合は、別紙「食物アレルギー調査票」 →現在も経過観察中です。
	入院や手術などの大きな病気	☑無 □有( 年 )	
	現在治療中の病気	☑無 □有( 年 月 病名 )	
	持病等	□無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 →ぜんそく・てんかん・熱いれん 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	□無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( )	
学校の健康診断(就学児童)	□健康と診断された	各事項を確認し、あてはまる箇所を○でかこみ、必要に応じて( )に等級を書いてください。	

## 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