

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（ ）

※こちらは保護者等（中学生以上）の方を2名以上記入してください。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	・（ ○ × ）幼稚園 <input checked="" 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	・（ 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 ・（ ）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 集中力がいないところ

興味を示しているもの、こと		
	健康状態	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 ） →現在も経過観察中です 現在治療中の病気 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 病名 ） 持病等 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" 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（ ）
	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」	
	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。該当箇所には○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	なし	・ あり
2 身体障害者手帳	なし	・ あり (級)
3 療育手帳	なし	・ あり (級)
4 支援級への在籍、進級の予定	なし	・ あり