【記入例】　　***児童クラブ　すこやかシート***　　記入日:令和　〇年　〇〇月　〇〇日

児童氏名（ふりがな）	加古川　一郎　（男・女）			生年月日	平成・令和　2年　10月　**日
在籍学校名（入学予定学校名）	加古川小学校	学年（新年度）	1年	児童の平熱	36.6 度

＊学校や家庭での様子について（新１年生につきましては保育園、幼稚園時の様子もご記入ください）

好きなこと	※好きな遊び・キャラクター・もの・場所・活動等 体を動かすこと、工作、図鑑を見る		
苦手なこと	※苦手な場所・音・もの・活動等 暗いところ、サイレンの音やかみなりの音		
食事	一人でできる・手伝いが必要	【特記事項】	
着替え	一人でできる・手伝いが必要	【特記事項】	
トイレ	【排尿】一人でできる・手伝いが必要・時間誘導 【排便】一人でできる・手伝いが必要・時間誘導	【特記事項】排泄のサインやリズム等 自分から行かないときは、声をかけてください。	
コミュニケーション	※自分の思いを友達や先生に伝えることができるか、先生の話すことが分かるか等 自分の考えを話すことはできるが、やや一方的な面がある。指示はだいたい分かる。		

＜行動面＞	行動面における特徴	家庭や学校での対応方法
・落ち着き ・友達との遊び ・気持ちの切替　等	・思い通りにならないと泣いたり怒ったりする。 ・夢中になるとなかなかやめられず、次の行動が遅れる。	・落ち着くまでそっとして、様子を見る。 ・「あと５分ね」と声を掛けて見通しをもたせる。

＊健康状態等について

既往症	有・無	※有の場合:アレルギー疾患、手術歴、入院歴、熱性けいれん、てんかん等、お子さんが児童クラブで生活するにあたって配慮が必要な既往歴がありましたら、具体的な症状と発症時期をご記入ください。 （　５歳のとき喉の手術をしましたが、日常生活に支障ありません。）			
疾病・障害の有無	有・無	※有の場合　診断名:〇〇〇〇〇			
日常生活で気をつけることはありますか	無・有（内容:　）				
疾病・障害の受診医療機関名	〇〇〇〇〇総合病院		服薬している薬	薬名:〇〇〇〇〇 量/一日　朝に〇〇ｇ服用	
特別支援学級の在籍 ※決定している場合のみ	有・無	※有の場合　学級名　〇〇学級　担任　〇〇先生			
今までに利用したことのある相談機関	有・無 ※有の場合は、右記に記載してください。	■こども療育センター　□教育相談センター　□その他（　） （相談時期:　４歳頃　相談内容:落ち着きがないなど、発達相談をした。）			
児童に障がいがある場合					
（1）障害者手帳の交付をうけていれば、ア～ウに〇をご記入ください。また、判定区分を[　]にご記入ください。 ア　身体障害者手帳[　]　イ　療育手帳[　]　ウ　精神障害者保健福祉手帳[　]					
（2）児童の障がいなどの状況及び配慮が必要なことについて、ご記入ください。 無・有（内容:　集団の中での指示は通りにくい。自らコミュニケーションが取りにくい。）					

＊食物アレルギーについて

食物アレルギー	有・無	※有の場合、食物アレルギーの原因食物を記入してください。 （　ピーナッツ）

＊上記食物を摂取後に起こる症状を記入してください。また、同食物について、食物への接触の配慮について記入してください。

食物名	具体的症状	アナフィラキシー既往歴	食物への接触の配慮
ピーナッツ	食べるとじんましんがでる	有	有

アナフィラキシーショックの既住	有・無	※有の場合、以下の質問にお答えください。 いつ（　５歳のとき　）どこで（　自宅　）何により（ピーナッツ入りのおかずを食べて） どんな症状（　おう吐、じんましん、呼吸困難の症状がでた。）			
ぜん息	有・無				
エピペン	有・無	※有の場合（有効期限　年　月）		ｴﾋﾟﾍﾟﾝ保管場所	
内服薬	有・無	※有の場合（薬:〇〇（じんましんを抑える薬））		内服薬保管場所	ランドセルの中

＊その他

その他、お子さんが児童クラブで生活するにあたって配慮が必要なことがありましたらご記入ください。	

※記載した内容に変更が生じた場合は、児童クラブ支援員にお知らせください。
※面談をご希望される場合は、事務局まで申込み時にお伝えください。