

ふりがな 児童氏名	(男・女)			生年月日	平成 年 月 日
在籍学校名 (入学予定学校名)	小学校	学年 (新年度)	年	利用形態	通年・夏休みのみ

*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				
苦手なこと	※苦手な場所・音・もの・活動等				
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	【特記事項】排泄のサインやリズム等		
	【排便】	一人でできる・手伝いが必要・時間誘導			
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				
＜行動面＞ ・落ち着き ・友達との遊び ・気持ちの切替 等	行動面における特徴			家庭や学校での対応方法	

*健康状態等について ※【お子さんの平熱： 度】

既往症	有・無	※有の場合：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ご記入ください。 ()			
疾病・障害の有無	有・無	※有の場合 診断名： ()			
疾病・障害の 受診医療機関名		服薬している薬	薬名： 量/一日		
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	担任	

*アレルギー疾患について

アレルギー疾患の有無	有・無	※有の場合 □喘息 □アレルギー性鼻炎 □アトピー性皮膚炎 □その他 ()			
アレルギー症状を引き起こす原因	□食物 □ダニ □ハウスダスト □動物の毛等 □花粉 □その他 ()				

*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。 ()			
---------	-----	-------------------------------------	--	--	--

*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

アナフィラキシーショックの既往	有・無	※有の場合、以下の質問にお答えください。 いつ () ところで () 何により () どのような症状 ()			
ぜん息(アナフィラキシー重症化の危険因子)	有・無				
エピペン	有(有効期限 年 月)・無	EpiPen保管場所			
内服薬	有(薬：)・無	内服薬保管場所			

*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。