

# (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 <small>ふりがな</small>	加古川 一郎 <small>かこがわ いちろう</small>	(男)・女	生年月日	平成 29 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	<input checked="" type="checkbox"/> 一人でできる	・ 手伝いが必要	【特記事項】なし	
着替え	<input checked="" type="checkbox"/> 一人でできる	・ 手伝いが必要	【特記事項】一人でできるが、時々服を裏表に着てしまう	
トイレ	【排尿】	<input checked="" type="checkbox"/> 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。
	【排便】	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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> ・ 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	
	・ 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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、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	<input checked="" type="checkbox"/> 有	・ 無	※有の場合 診断名： ○○○○	
疾病・障害の 受診医療機関名	○○○○○総合病院		服薬している薬	薬名：○○○○○ 量/一日 朝に○○g服用
特別支援学級の在籍 ※決定している場合のみ	<input checked="" type="checkbox"/> 有	・ 無	※有の場合 学級名 ○○学級 担任 ○○先生	
今までに利用したこと のある相談機関	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※有の場合は、 右記に記載し てください。	・ 無	■こども療育センター (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。 )	
			□教育相談センター (相談時期： 歳頃 相談内容： )	
			□その他 ( ) (相談時期： 歳頃 相談内容： )	

## \* アレルギー疾患について

アレルギー疾患の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ショックの既往	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有	・ 無			
エピペン	<input checked="" type="checkbox"/> 有	・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	※有の場合 (有効期限 年 月)	EpiPen保管場所	
内服薬	<input checked="" type="checkbox"/> 有	・ 無	※有の場合 (薬：○○(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。