

児童クラブ すこやかシート

記入日:令和 年 月 日

児童氏名 （ふりがな）	(男・女)			生年月日	平成 令和 年 月 日
在籍学校名 （入学予定学校名）	学年 （新年度）	年	児童の平熱	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				
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

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。 ()			
疾病・障害の有無	有 ・ 無	※有の場合 診断名: ()			
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				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 ()			
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: 歳頃 相談内容: ())			
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○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: ())					

*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 () どこで () 何により () どんな症状 ()		
ぜん息	有 ・ 無			
エピペン	有 ・ 無	※有の場合(有効期限 年 月)	エピペン保管場所	
内服薬	有 ・ 無	※有の場合(薬:)	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。

※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。