

学童票

2025 年度

児 童	フリガナ	性別	生 年 月 日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	年	月 日
	住所	〒		自宅TEL	— —
学童保育クラブ			小学校	年生	

続柄	氏名等	連絡先 順位	勤務先等			
			住所・名称・所属	勤務時間	通勤時間	休日
家 族 (児童本人以外)・連絡先	フリガナ		住所・名称・所属	勤務時間	: ~ :	
	氏名			通勤時間	時間 分	
	(歳)	連絡先	— —	連絡先 順位	休日	曜日
	フリガナ		住所・名称・所属	勤務時間	: ~ :	
	氏名			通勤時間	時間 分	
(歳)	連絡先	— —	連絡先 順位	休日	曜日	
学童保育クラブから自宅までの地図(写し可)						
フリガナ				※学童⇄自宅を赤線で記入してください。		
氏名						
(歳)						
連絡先	— —					
フリガナ						
氏名						
(歳)						
連絡先	— —					
フリガナ				所要時間	学童保育クラブから自宅まで : 徒歩 分	
氏名						
(歳)						
連絡先	— —					

※連絡先でない方の電話番号は記入不要です。

裏面もあります

血液型	型 <input type="checkbox"/> 不明		平熱	度			
かかりつけ医	小児・内科	病院名			慢性疾患があれば 疾患名		
		連絡先					
	歯科	病院名					
		連絡先					
	眼科	病院名					
		連絡先					
	整形外科	病院名					
		連絡先					
アレルギー(食物以外)							
※以下のものに該当する場合は、✓(チェック)をしてください。							
<input type="checkbox"/> ①食物アレルギー →原因物質:		学 童 心 の	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない			
<input type="checkbox"/> ②熱性けいれん			<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない			
<input type="checkbox"/> ③てんかん			<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない			
特に配慮してほしいことがあれば具体的に記入してください。							
健康	既往歴 <small>(※かかったことのある 年齢・予防接種歴も 項目にチェック)</small>	<input type="checkbox"/> はしか(麻疹)	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> ジフテリア	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
		<input type="checkbox"/> 三日ばしか (風疹)	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 百日咳	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
		<input type="checkbox"/> 水ぼうそう (水痘)	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 小児マヒ (ポリオ)	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 小児結核 (BCG)	才	予防接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	現在の状況 <small>(※あてはまる 項目にチェック)</small>	<input type="checkbox"/> 胃腸が弱い	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	<input type="checkbox"/> どもりやすい	<input type="checkbox"/> 神経質である		
<input type="checkbox"/> 熱を出しやすい	<input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい	<input type="checkbox"/> 小便が近い	<input type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい				
<input type="checkbox"/> ひきつけを起こしやすい	<input type="checkbox"/> 好き嫌いがはげしい	<input type="checkbox"/> 夜尿症がある	<input type="checkbox"/> (その他)				
就学時健康診断・医療機関の健康診査または療育施設で指導の有無							
<input type="checkbox"/> 無		※「有」を選択した場合					
<input type="checkbox"/> 有		いつ:	年	月	内容:		
身体障害者手帳、療育手帳(愛の手帳)、精神障害者保健福祉手帳の所持							
<input type="checkbox"/> 無		※「有」を選択した場合					
<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ()級	<input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) ()度	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ()級			
		障がい名()					
その他	長所・短所						
	好きな遊び		苦手な遊び				
	養育上 配慮している点		クラブに 希望すること				
集団生活	入学前の状況 (〇〇保育園等)	(年 月 ~ 年 月)					
	学童保育歴	学童保育クラブ (年 月 ~ 年 月)					