

学 童 票

2026 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	〒			TEL	— —
	学童保育クラブ			小学校		年生

保護者 1	続柄	氏名等	勤務先・学校名等			
		フリガナ 氏名 (歳)	住所・名称・所属	勤務時間	: ~ :	
保護者 2		フリガナ 氏名 (歳)	住所・名称・所属	勤務時間	: ~ :	
		連絡先 — —	連絡先 — —	通勤時間	時間 分	
家族（児童本人以外）		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			
		フリガナ 氏名 (歳)	TEL: ()			

学校から学童保育クラブ及び自宅までの地図（写し可）

※連絡先でない方の電話番号は記入不要です。

	連絡先順位	①	続柄	
		連絡先	携帯 職場 その他 (TEL)	
		②	続柄	
		連絡先	携帯 職場 その他 (TEL)	
		③	続柄	
		連絡先	携帯 職場 その他 (TEL)	
		④	続柄	
		連絡先	携帯 職場 その他 (TEL)	
		⑤	続柄	
		連絡先	携帯 職場 その他 (TEL)	

※学童⇄自宅を赤線で記入してください。

所要時間 学童保育クラブから自宅まで : 徒歩 分

裏面もあります

健康	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：カロリー			学 対 童 応 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。							
	既往歴	※かかったことのある 年齢・予防接種履歴も (疾患にチェック)	<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	※あてはまる 項目にチェック	<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)						