

# 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	- -		
	クラブ名		小学校名	年生		

保護者	氏名等		続柄	勤務先・学校名等			
	フリガナ	氏名		名称・所属	勤務時間	:	~
	( 歳)	住所	通勤時間	時	分		
連絡先	- -	連絡先	休日	曜日			
フリガナ	氏名	名称・所属	勤務時間	:	~	:	
	( 歳)	住所	通勤時間	時	分		
連絡先	- -	連絡先	休日	曜日			
家族 (児童以外)	フリガナ	続柄	勤務先・学校名等	フリガナ	続柄	勤務先・学校名等	
	氏名			氏名			
	( 歳)			( 歳)			
	フリガナ	続柄	勤務先・学校名等	フリガナ	続柄	勤務先・学校名等	
氏名			氏名				
( 歳)			( 歳)				
フリガナ	続柄	勤務先・学校名等	フリガナ	続柄	勤務先・学校名等		
氏名			氏名				
( 歳)			( 歳)				

## 学童保育クラブから自宅までの地図 (写し可)

※学童保育クラブ⇄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

## 連絡先順位

①	氏名		続柄
	連絡先	(保護者の場合) <input type="checkbox"/> 上記の【携帯・勤務先】	- -
②	氏名		続柄
	連絡先	(保護者の場合) <input type="checkbox"/> 上記の【携帯・勤務先】	- -
③	氏名		続柄
	連絡先	(保護者の場合) <input type="checkbox"/> 上記の【携帯・勤務先】	- -
④	氏名		続柄
	連絡先	(保護者の場合) <input type="checkbox"/> 上記の【携帯・勤務先】	- -
⑤	氏名		続柄
	連絡先	(保護者の場合) <input type="checkbox"/> 上記の【携帯・勤務先】	- -

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:			クラブでの 対応	<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		
既往歴 <small>(※かかったことのある 年齢・予防接種歴も 疾患にチェック)</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"/> 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の指導の有無							
<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	<input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳)	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳				
	( )級	( )度	( )級				
障がい名( )							
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。							
その他	長所・短所						
	好きなこと	苦手なこと					
	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	クラブ ( 年 月 ~ 年 月 )					