

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
	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			
	住所 ・ 名称 ・ 所属	勤務時間	：	～	：	
保護者2	フリガナ	住所 ・ 名称 ・ 所属	勤務時間	：	～	：
	氏名					
	(歳)					
連絡先	—	連絡先	—	—	休日	曜日
家族 (児童本人以外)	フリガナ	TEL:	()	TEL:	()	TEL:
	氏名					
	(歳)					
	フリガナ					
	氏名					
(歳)						
フリガナ	TEL:	()	TEL:	()	TEL:	()
氏名						
(歳)						
フリガナ	TEL:	()	TEL:	()	TEL:	()
氏名						
(歳)						

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

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				慢性疾患が名あれば	
		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 で 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>(年齢 ・疾 患 予 防 接 種 歴 も の か か つ た こ と の あ る)</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"/> 小児マニ (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>項目 に あ て は ま る</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	()級	()度	()級				
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 (○○保育園等)	(年 月 ~ 年 月)					
	学童保育歴	学童保育クラブ (年 月 ~ 年 月)					