学 童 票

学童保育クラブ	年度

児童	ふりがな		生　年　月　日			
	氏名	男・女	西暦　　年　　月　　日生			
	住所	〒				
	自宅TEL	(　　)	学校名	小学校	学年	年

家族（児童本人を除く）					
ふりがな 氏　名	続柄	勤務先・学校名等			
(　　歳)	父	勤務先所属		勤務時間 :　～　:	
		勤務先住所	TEL:　(　　)	通勤時間 時間　分	
		携帯電話	(　　)	休日 曜日	
(　　歳)	母	勤務先所属		勤務時間 :　～　:	
		勤務先住所	TEL:　(　　)	通勤時間 時間　分	
		携帯電話	(　　)	休日 曜日	
(　　歳)					
(　　歳)					
(　　歳)					
(　　歳)					

連絡先順位				
①	氏名	続柄(　　)	学校から学童保育クラブ及び自宅までの地図	
	連絡先			
	電話	(　　)		
②	氏名	続柄(　　)		
	連絡先			
	電話	(　　)		
③	氏名	続柄(　　)		
	連絡先			
	電話	(　　)		
④	氏名	続柄(　　)		
	連絡先			
	電話	(　　)		
⑤	氏名	続柄(　　)	※学童⇔自宅(学校⇔学童)を赤線で記入してください。	
	連絡先		所要時間	学校から学童保育クラブまで:徒歩　分
	電話	(　　)		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（あてはまる番号を〇で囲んでください）	かかりつけ医	小児・内科	TEL	歯　科	TEL
		外　科	TEL	眼　科	TEL
	血液型	型　・　不明		平熱	度
	慢性疾患 1	耳鼻咽喉科（　　）		3	皮 膚 科（　　）
	慢性疾患 2	眼　科（　　）		4	そ の 他（　　）
	アレルギー（食物以外）				

※以下のものに該当する場合は、〇をしてください。

① 食物アレルギー
→原因物質（　　）
→学童での対応 ： 希望する ・ 希望しない

② 熱性けいれん　③てんかん
→学童での対応 ： 希望する ・ 希望しない

その他特に配慮してほしいことを具体的に記入してください。

今までの病歴	1	はしか（麻疹）	才（予防接種 済・未）	5	ジフテリア 才（予防接種 済・未）
	2	三日ばしか（風疹）	才（予防接種 済・未）	6	百日咳 才（予防接種 済・未）
	3	水ぼうそう（水痘）	才（予防接種 済・未）	7	小児マヒ（ポリオ） 才（予防接種 済・未）
	4	おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）	才（予防接種 済・未）	8	小児結核（BCG） 才（予防接種 済・未）

現在の状況	1	胃腸が弱い	4	頭痛を訴えることがよくある	7	どもりやすい	10	神経質である
	2	熱を出しやすい	5	貧血を起こしやすい	8	小便が近い	11	鼻血を出しやすい
	3	ひきつけを起こしやすい	6	好き嫌いがはげしい	9	夜尿症がある	12	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

無 ・ 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

無 ・ 有 → ◎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
（　　）度・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	幼稚園・保育園（　年　月～　年　月）
	学童保育歴	学童保育クラブ（　年　月～　年　月）