

# 学童クラブ健康調査票

子育て課 → 学童クラブ保管

学童クラブ

※太枠内のみご記入ください。

申請日	年 月 日
電話 番号	連絡先1 自宅・父携帯・母携帯 他( )
	連絡先2 自宅・父携帯・母携帯 他( )
住所	〒 日野市 (アパート・マンション名等)

申請者	フリガナ	
	保護者氏名	
	住所	〒 日野市

入所申請児童	フリガナ		男・女	入所申請の理由 父母等の <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病又は障害 <input type="checkbox"/> 看護又は介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動(4月1日入所申請のみ) <input type="checkbox"/> その他( ) お子様を安全に受け入れさせていただくため、 生活の様子を通園・通学施設に 伺う場合があります。
	児童氏名			
	生年月日	平成 年 月 日		
	学校名	(令和6(2024)年4月1日現在) 小学校 年生		
	特別支援学級名 (通級も含む)	学級		
	就学前に通園していた 保育園・幼稚園名	保育園・幼稚園		

家族構成 (同居者全員を記入。申請児童を除く。)	続柄	氏名	生年月日	勤務先名・日中の状況等	勤務先の電話番号
			・		
			・		
			・		日中の連絡先
			・		<input type="checkbox"/> 連絡先1 <input type="checkbox"/> 連絡先2
			・		<input type="checkbox"/> 父親の勤務先 <input type="checkbox"/> 母親の勤務先
			・		<input type="checkbox"/> その他 電話番号( ) 氏名( ) 児童との関係( )
	同居祖父		・		
同居祖母		・			

就労証明書、診断書等で証明されている 学童クラブを必要とする曜日に○をしてください。 (変則勤務がある場合は、平均的な曜日をご記入ください。)			習い事等で、 学童クラブを必要としない曜日に○をしてください。 (習い事等で、曜日が不定な場合は、主な曜日に○をしてください。)		
父親	月 火 水 木 金 土		月 火 水 木 金 土	→ <input type="checkbox"/> 隔週	
母親	月 火 水 木 金 土		<input type="checkbox"/> 習い事 <input type="checkbox"/> その他( )		

学童クラブを必要とする日数をご記入ください。  
(変則勤務がある場合は、平均的な日数をご記入ください。)

➡ **1週間あたり 日利用を希望します**

病歴	予防接種済の場合もチェック	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか)	かかりやすい病気・体質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> のどがはれやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> よく腹痛を訴える <input type="checkbox"/> よく頭痛を訴える <input type="checkbox"/> 化膿しやすい	<input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> けいれんを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> てんかん			※ <input checked="" type="checkbox"/> を付けた方は、症状・治療法を詳しく記入してください。	
	<input type="checkbox"/> その他				

※裏面もご記入ください。

アレルギー疾患	アレルギーがありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(食物, 花粉, ハウスダスト, ぜんそく, アトピー性皮膚炎など)
	アナフィラキシーの既往はありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	エピペン処方されていますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	アレルゲン(アレルギーを引き起こす物質)は何ですか。具体的に記入してください。 ( )
	アレルゲンに触れた(食べた)とき, どのような症状が出ますか。 ( )
	おやつで食べられないものはありますか。(卵, 牛乳, 小麦など) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
性格・特徴(該当するものすべてに☑)	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> マイペース <input type="checkbox"/> 人なつこい <input type="checkbox"/> 面倒見が良い <input type="checkbox"/> 器用 <input type="checkbox"/> 不器用 <input type="checkbox"/> 楽天的 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 責任感がある <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 大ざっぱ <input type="checkbox"/> 感情の起伏が激しい <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを表現することが苦手 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 片付けができない <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> パニックを起こすことがある <input type="checkbox"/> 先の見通しをつけることが苦手で不安になる <input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返すことがある <input type="checkbox"/> 特定の音や匂い, 触覚などの刺激に極端に敏感である <input type="checkbox"/> 注意が移りやすい <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 自分なりの独特な日課や手順があり, 変化や変更が苦手である <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 文字や数字の理解, 運動など, ある一つのことに限って極端にできない <input type="checkbox"/> 他害行為がある <input type="checkbox"/> 特定の物事に執着(こだわり)がある(何に対してですか⇒ ) <input type="checkbox"/> 癖がある(どんな癖ですか⇒ ) [自由記入欄]※ その他, 気になることがありましたら記入してください。
	<input type="checkbox"/> 保育園や幼稚園での生活の中で, または就学時健康診断やその他健診(3歳児健康診査等)などで, お子さんの発達について医師や保健師等に相談をした, または指摘されたことがある。 指摘された内容を差し支えない範囲で具体的に記入してください。
	<input type="checkbox"/> お子さんの病気や発達について, 相談している病院や専門機関がある。 病院・専門機関名(例: 児童相談所・子ども家庭支援センター・「エール」発達教育支援センター・健康課・医療機関など)
	<input type="checkbox"/> 知的障害や発達障害の心配がある <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症(アスペルガー障害/自閉性障害) <input type="checkbox"/> 限局性学習症(学習障害LD) <input type="checkbox"/> 注意欠陥・多動症(注意欠陥・多動性障害ADHD) <input type="checkbox"/> 広汎性発達障害 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳をもっている ( 級)
	<input type="checkbox"/> 愛の手帳(療育手帳)をもっている ( 度)
	<input type="checkbox"/> 精神障害保健福祉手帳をもっている ( 級)
	障害名(部位)を記入してください。 [上記の障害についての主治医] 医療機関名 病院・クリニック( 科) 担当医師名 通院頻度 回/週・月・年 服薬内容 回/日 [薬の名称]
	※ 学童クラブでの生活において留意して欲しいこと等がありましたら記入してください。
	【中心になって援助している人は誰ですか】 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他( )