

ふりがな			(新)	
児 童 名			小学校	年 男 ・ 女
健 康 状 態	【平熱 °C】 ☐ 良 好 ☐ 虚 弱 ☐ その他（ ）			
性 格	1. 明るい 2. 活発 3. おとなしい 4. 引っ込みじあん 5. その他			
ア レ ル ギ ー	☐ な し ☐ あ り （ ）			
（食物アレルギー）	☐ な し ☐ あ り （ ）			
疾 病	☐ な し ☐ あ り （ ）			
障 害 の 有 無	☐ な し ☐ あ り （ 通常学級 ・ 支援学級 ）			
手 帳 の 有 無	☐ な し ☐ あ り 1. 身 障 2. 療 育 3. 精 神 4. その他（ ）			
発達に関する相談	☐ 相談したことがない ☐ 相談したことがある（相談先： ） 内 容：			
	結 果：			
発 達 障 害	☐ な し ☐ あ り ※（ ）の中に特に苦手になっている事が有れば記入してください。 1.ADHD（ ） 2.学習障害（ ） 3.自閉症スペクトラム（自閉症・アスペルガー症候群） （ ） 4.その他（ ）			
かかりつけ病院	内 科（ ） 外 科（ ）			
（薬の服用）	☐ なし ☐ あり（ ）／服用状況（ ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜 ）			
そ の 他	※児童クラブ（支援員）に伝えておきたいことをご記入ください。			