

家庭状況調査票

※放課後児童クラブにおける支援活動の目的以外には使用しません。必要事項を記入のうえ、利用する児童クラブへ利用申請書提出の際に一緒に提出して下さい。

ふりがな			(新)		
児 童 名		小学校	年	男	女

(1) 緊急連絡先・送迎者(送り時間は学校休業日に、勤務の関係で8時前に送る方のみ記入してください。)

緊急連絡先 <small>※必ず出られる方を優先に記載願います</small>	①	氏名	続柄	☎	携帯・勤務先・自宅	
	②	氏名	続柄	☎	携帯・勤務先・自宅	
	③	氏名	続柄	☎	携帯・勤務先・自宅	
送 迎 者	①	氏名	続 柄	送り:	時	分
		☎		迎え:	時	分
	②	氏名	続 柄	送り:	時	分
		☎		迎え:	時	分
	③	氏名	続 柄	送り:	時	分
		☎		迎え:	時	分
	④	氏名	続 柄	送り:	時	分
		☎		迎え:	時	分

(2) 保育協力者の状況 (祖父母以外の協力者がいる場合も記載してください。)

保育協力者	同居・別居・無	年 齢	居住市町村	就 労 状 況	保 育 の 協 力 体 制
父方祖父	同・別・無			外勤・自営・その他・無職	常時・時々・困難
父方祖母	同・別・無			外勤・自営・その他・無職	常時・時々・困難
母方祖父	同・別・無			外勤・自営・その他・無職	常時・時々・困難
母方祖母	同・別・無			外勤・自営・その他・無職	常時・時々・困難
	同・別・無			外勤・自営・その他・無職	常時・時々・困難
	同・別・無			外勤・自営・その他・無職	常時・時々・困難

(3) 災害時に迎えに来られる方 (記載のない方には引き渡し出来ません。)

	氏名及び電話番号	続柄	勤務先及び所在市町村	児童館までの所要時間
(例)	加美 花子 080-1800-0000	母	イオン古川店 大崎市	20 分
①				分
②				分
③				分
④				分
⑤				分

健康調査票

※放課後児童クラブにおける支援活動の目的以外には使用しません。必要事項を記入のうえ、利用する児童クラブへ利用申請書提出の際と一緒に提出して下さい。

ふりがな			(新)	
児童名		小学校	年	男・女
健康状態	【平熱 ℃】 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
(食物アレルギー)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 通常学級 ・ 支援学級 ）			
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 1. 身障 2. 療育 3. 精神 4. その他（ ）			
発達に関する相談	<input type="checkbox"/> 相談したことがない			
	<input type="checkbox"/> 相談したことがある（相談先： ） 内容： 結果：			
発達障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） / 服用状況（ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 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。			