

児童調査書

(秘)

(令和 年4月1日現在)

ふりがな		新学年	性別	血液型	保護者名			
児童氏名		年	男・女	型				
住所		行政区						
生年月日	平成 年 月 日	電話						
児童の家族及び同居の方	氏名(児童本人を除く)	続柄	年齢	職業・勤務先名称、 学校名・学年、学童保育、保育所・幼稚園等				
	(ふりがな)							
	(ふりがな)							
	(ふりがな)							
	(ふりがな)							
	家庭の状況	<input type="checkbox"/> 母子世帯 <input type="checkbox"/> 父子世帯 <input type="checkbox"/> 祖父母同居 <input type="checkbox"/> 核家族世帯 <input type="checkbox"/> その他()						
勤務時間	平日	父	勤務時間	時 分～ 時 分	土曜	父	勤務時間	時 分～ 時 分
	日	母	勤務時間	時 分～ 時 分	曜	母	勤務時間	時 分～ 時 分
※ 入所を希望する理由		<input type="checkbox"/> 保護者が就労している <input type="checkbox"/> その他()						
◆祖父母の現住所が県外の場合は都道府県名のみ記載で可								
祖父母の状況	父	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 町内 <input type="checkbox"/> 別居 町外 住所: 氏名	歳	就労中・無職・病気療養中 その他()			
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 町内 <input type="checkbox"/> 別居 町外 住所: 氏名	歳	就労中・無職・病気療養中 その他()			
	母	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 町内 <input type="checkbox"/> 別居 町外 住所: 氏名	歳	就労中・無職・病気療養中 その他()			
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 町内 <input type="checkbox"/> 別居 町外 住所: 氏名	歳	就労中・無職・病気療養中 その他()			
(祖父母が保育できない理由)								
緊急連絡先	優先順位	氏名	続柄	連絡先	電話番号			
	第1			<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 他()				
	第2			<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 他()				
	第3			<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 他()				

健康状態等	これまでに かかった 病気	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合は具体的に記入	手術経歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合は具体的に記入
	治療中の 病気	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合は具体的に記入		
	常用 (備)薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合は具体的に記入 (※エピペン、吸入薬等の所持についても記入)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> アトピー () <input type="checkbox"/> 食物 () 給食は除去食で対応して <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他 ()
	平熱	度分	熱発	<input type="checkbox"/> しやすい <input type="checkbox"/> しにくい
	けいれん	<input type="checkbox"/> 有 (歳頃 回) <input type="checkbox"/> 無	その他	

かかりつけの病院	内科 (病院名)	外科 (病院名)	その他 (病院名)
	TEL	TEL	TEL
	保険者番号・名称	記号番号	

通園・通所	保育所・幼稚園等 ※新1年生のみ記入	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 行ったことがある () <input type="checkbox"/> 行っている ()	保育所・幼稚園・() 保育所・幼稚園・()
	他 通所施設	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 行ったことがある () <input type="checkbox"/> 行っている ()	

手帳の有無	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている (身体障害者手帳・療育手帳・診断書) ※ いずれかのコピーを必ず添付
-------	---

知っておいてほしいこと	性格等について	新1年：保育所等での様子 2年～：学校での様子	家庭での様子	好きな遊び	その他
	長所・得意なことなど				
	短所・苦手なことなど				

クラブから自宅までの地図 ※通学路を赤で記入してください。