

学童クラブ児童問診票

※記入していただいた内容は、審査に影響するものではありません。

※児童への支援の参考のため、必要に応じて問合せをさせていただくことがあります。 記入日 年 月 日

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|---|-----|
| 児童氏名 | | 学年 | 年 | 小学校名 | 小学校 |
| ※（新1年生のみ記入）卒園した 保育園・幼稚園・認定こども園等 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ | | 保育園・幼稚園・認定こども園） | |
| 該当の <input type="checkbox"/> にチェック✓ | | 詳細を記入 | | | |
| 1 | 着替え、食事、排泄等で 気になることはありますか？ 例）食べこぼしが多い、 トイレでうまく拭くことができない 等 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 2 | お子さんが、集団生活する中で気にな ることはありますか？ 例）友達とうまく遊べない じっとしてられない 等 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 3 | 支援学級に通う予定があります か？ または通っていますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 在籍 教科（ ）学級名（ ） | |
| 4 | 今まで療育機関に通ったり 相談したことはありますか？ 例）市立保健センター チューリップ教室 児童発達支援事業所 など | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | つながるファイル <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合、つながるファイルを保有している学校・保育園等と情報共有させて いただく場合がありますので、ご了承をお願いします。 どこに（ ） いつから（ 年 月頃から） いつまで（ 年 月頃まで <input type="checkbox"/> 継続中 ） 相談内容 （ ） | |
| 5 | これから療育機関を利用する予定は ありますか？ 例）放課後等デイサービス事業所 など | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | どこに（ ） いつから（ 年 月頃から） 学童との併用 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない ※併用する場合⇒相談内容・療育機関を利用する日程 （ ） | |
| 6 | 喘息はありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 発症時の症状 （ ） 発症時の対応 （ ） 最近いつ症状が起こりましたか？ （ ） 発症の要因になりやすい注意点等 （ ） かかりつけ医 （ TEL： ） | |

裏面も必ず記入してください。

| 該当の□にチェック✓ | | 詳細を記入 | |
|------------|--|--|---|
| 7 | アレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | エピペンの使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬の使用 <input type="checkbox"/> あり（薬名： _____） <input type="checkbox"/> なし 原因物質 （ _____ ） 発症時の症状 （ _____ ） 発症時の対応 （ _____ ） 最近いつ症状が起こりましたか？ （ _____ ） 発症の要因になりやすい注意点等 （ _____ ） かかりつけ医 （ _____ TEL： _____ ） |
| 8 | その他大きな疾病（けいれん等） がありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 疾病名 （ _____ ） 発症時の症状 （ _____ ） 発症時の対応 （ _____ ） 最近いつ症状が起こりましたか？ （ _____ ） 発症の要因になりやすい注意点等 （ _____ ） かかりつけ医 （ _____ TEL： _____ ） |
| 9 | 病院で処方された常飲薬は ありますか？ （風邪などの一時的な服薬は除く） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 薬名 （ _____ ） 服薬時間 （ _____ ） 処方された病院 （ _____ TEL： _____ ） |
| 10 | 上記以外で体質的に気になることが ありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 11 | その他、学童入会にあたり伝えておきたいことがあれば記入してください。 | | |

※問診票の内容は、受付の際にこども未来室入所係にご相談ください。

※記入いただきました内容すべてに対応できるわけではありませんのでご了承ください。

※内容について、学校や在籍していた保育園等と情報共有させていただく場合があります。