

個人調査票

年 月 日提出

学童保育所の利用予定日・状況について

学童保育所名

_____学童保育所

ふりがな 児童氏名			新学年	新 年 生			
生年月日	年 月 日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
ふりがな 申請者(保護者)氏名			続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()			
住 所							
健康 状態 等	平熱について	度 分					
	アレルギーの有無について	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ありの場合、原因食物を記入して下さい。 ありの場合：原因食物()				
		アナフィラキシーの既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ありの場合、原因物質を記入して下さい。 ありの場合：原因物質() 【既往の時期： 歳頃】				
		その他のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ありの場合、原因物質を記入して下さい。 ありの場合：原因物質()				
	病気等の状況及び 特に注意してほしいこと	現在、かかっている病気等について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名等()				
		通院の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病院名【 】 通院状況 月()回				
		かかりつけ医	① 病院名【 】 電話【 】 ② 病院名【 】 電話【 】 ③ 病院名【 】 電話【 】				
		服薬の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり お薬名【 】 服薬状況()				
		注意してほしいこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	手帳名等()		手帳()級		
今までの 状況	保育園名 幼稚園名	() <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 子ども園					
	学童保育所	() 学童保育所					
	その他						
主に利用する曜日と 迎え時間	<input type="checkbox"/> 月 時 分	<input type="checkbox"/> 火 時 分	<input type="checkbox"/> 水 時 分	<input type="checkbox"/> 木 時 分	<input type="checkbox"/> 金 時 分	<input type="checkbox"/> 土 時 分	/

児童の帰宅に要する時間・帰宅方法について

連絡をしてから迎えに来られる時間		分
帰 宅 方 法	1 日常的に(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他())が迎えに行く。	
	2 1が都合の悪いときは、(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他())が迎えに行く。	
	3 その他()	

学童保育所の利用を希望するに当たり特別な事情がある場合は、その状況等を記入してください。

緊急時の連絡先

第1連絡先	ふりがな 氏名		児童との続柄
	連絡先	()	自宅・携帯・職場 (いずれかに○)
第2連絡先	氏名		児童との続柄
	連絡先	()	自宅・携帯・職場 (いずれかに○)
第3連絡先	氏名		児童との続柄
	連絡先	()	自宅・携帯・職場 (いずれかに○)

備考 緊急連絡先は、緊急時に児童の迎えが可能な者又は保護者の勤務先など、必ず2か所以上記入してください。

小学校から自宅までの略図（経路を赤線で記入してください。）