

# 家庭状況票

(入室日現在で記入してください)

**\*太枠の中を記入してください。**

学童 記入欄	学童保育室名	
	入室年月日	

ふりがな 児童名	男 ・ 女	障がい 有・無 ※有・無と以下該当する項目に○ (複数可) ア 愛の手帳あり イ 身体障害者手帳あり ウ 精神障害者手帳あり エ 手帳なし オ 通所受給者証 カ ADHD キ LD ク ASD ケ その他 ( )
生年月日	年 月 日	*下記に該当する方は□に✓をして ( ) の当てはまる方に○をしてください。
小学校	新 年生	<input type="checkbox"/> コミュニケーションの教室 (通う予定あり・通っている) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (通う予定あり・通っている)
〒	住所	電話番号
自宅以外にも帰宅先がある場合 (祖父母宅等) は記入してください。		
氏名	住所	電話番号
児童との続柄 ( )		- -

同居者全員の就労・就学・居宅外介護等の状況を記入してください。(申請児童は除く)  
入室した場合の緊急連絡先の優先順位 1 から 5 (父母以外も含めて) を優先順位欄  に記入してください。

父	ふりがな 氏名	勤務先名	勤務地から学童室までの所要時間	
	( 歳)	勤務地住所	時間 分	
	勤務時間 □不規則勤務 : ~ :	勤務曜日を○で囲んでください 月・火・水・木 金・土・日・祝	雇用契約期間 定め(有・無) / 更新(有・無) 年 月 日まで 就労内定証明書での申請 無・有 年 月 日から就労	
	週・月 日勤務	勤務地電話番号	携帯番号	優先順位 <input type="checkbox"/>
	産休(予定) 無・有	出産(予定)日: 年 月 日	職場復帰予定日	優先順位 <input type="checkbox"/>
	育休(予定) 無・有	<input type="checkbox"/> 現在育休中 <input type="checkbox"/> 弟妹が保育園等に入園できたら復帰	年 月 日	
母	ふりがな 氏名	勤務先名	勤務地から学童室までの所要時間	
	( 歳)	勤務地住所	時間 分	
	勤務時間 □不規則勤務 : ~ :	勤務曜日を○で囲んでください 月・火・水・木 金・土・日・祝	雇用契約期間 定め(有・無) / 更新(有・無) 年 月 日まで 就労内定証明書での申請 無・有 年 月 日から就労	
	週・月 日勤務	勤務地電話番号	携帯番号	優先順位 <input type="checkbox"/>
	産休(予定) 無・有	出産(予定)日: 年 月 日	職場復帰予定日	優先順位 <input type="checkbox"/>
	育休(予定) 無・有	<input type="checkbox"/> 現在育休中 <input type="checkbox"/> 弟妹が保育園等に入園できたら復帰	年 月 日	
同居の家族	ふりがな 氏名	続柄 ( ) 年齢又は学年 ( )	ふりがな 氏名	続柄 ( ) 年齢又は学年 ( )
	ふりがな 氏名	続柄 ( ) 年齢又は学年 ( )	ふりがな 氏名	続柄 ( ) 年齢又は学年 ( )
	緊急連絡先 父母以外の 氏名	住所	続柄	年齢
		電話番号	優先順位	就労 有・無

# 児童の様子等

※ 児童への支援の参考のため、必要に応じて保護者面接をさせていただくことがあります。

該当する□に✓をしてください。		* 欄には家庭での対応やお子さんの様子を記入してください。
1	平熱は何度ですか。	度 分
2	① アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *
	② 食物アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *
	③ 食物の制限はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *制限をしている食材名を記入してください。
	④ エピペンを持っていますか？ (アドレナリン自己注射製剤)	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない *
	⑤ 服薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 薬品名 ( )
	⑥ 過去に大きな疾病 (けいれん、ひきつけ等) がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *疾病名や状況
	⑦ 定期的な入院や通院はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *
	⑧ 体質的に気になることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *アトピー、喘息等
3	① お子さんが、集団活動する中で気になることはありますか？ (例)・友だちとうまく遊べない ・よく動く 等	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *
	② 今まで相談、療育機関に通ったことはありますか？ または、今後通う予定はありますか？  (例) ・保健センター ・こども支援センターげんき (発達相談・就学相談・教育相談) ・幼児発達支援室ひよこ (あしすと内) ・児童相談所 ・うめだ・あけぼの学園 ・スクールカウンセラー 等 ・その他	今までに <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない どこに ( ) いつから ( 年 月頃から) いつまで ( 年 月頃まで・継続中) 相談内容 ( )
		今後の予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 継続中 どこに ( ) いつから ( 年 月頃から) いつまで ( 年 月頃まで・継続中) 相談内容 ( )
③ 学童保育室に入室した場合、配慮してほしいことがありましたら記入してください。		
新1年生のみ記入してください。 現在在籍している保育園・幼稚園名		保育園 ・ 幼稚園 ( 年保育)