

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	□コミュニケーションの教室 (通う予定あり・通っている) □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 時間 分	
	(歳)	勤務地住所		
	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 無期・有期 雇用契約期間 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	有期の場合 / 更新予定 (有・未定・無)
	週・月 日勤務	勤務地電話番号 - -	携帯番号 - -	優先順位 <input type="checkbox"/> 優先順位 <input type="checkbox"/>
	産休 (予定) 無・有	出産 (予定) 日: 年 月 日・産休期間 年 月 日まで	職場復帰予定日 年 月 日	
	育休 (予定) 無・有	□現在育休中 □取得予定・取得期間 年 / から 年 / まで		
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 時間 分	
	(歳)	勤務地住所		
	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 無期・有期 雇用契約期間 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	有期の場合 / 更新予定 (有・未定・無)
	週・月 日勤務	勤務地電話番号 - -	携帯番号 - -	優先順位 <input type="checkbox"/> 優先順位 <input type="checkbox"/>
	産休 (予定) 無・有	出産 (予定) 日: 年 月 日・産休期間 年 月 日まで	職場復帰予定日 年 月 日	
	育休 (予定) 無・有	□現在育休中 □取得予定・取得期間 年 / から 年 / まで		
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 () 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 () 年齢又は学年 ()	
	緊急連絡先 父母以外の 氏名	住所	続柄 年齢 就労 有・無	
		電話番号 - -	優先順位 <input type="checkbox"/>	

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	学童保育で食物除去の申し出る場合は、医師の診断書に代わる書類や学校に提出する学校生活管理指導表等のコピーを提出してください。
	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	*
3	①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
	②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	*
	③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
	④常用している服薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	薬品名（ ） 効用（ ）1日の薬の回数： 回
4	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 <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)