

児 童 票(放課後児童室用)

※ボールペンで記入をお願いします。

ふりがな 児童名	性別	新学年・生年月日		出身園			
	男	学年	年		保育園	幼稚園	こども園
	女	平成	年 月 日生				
自宅住所				自宅(携帯)電話番号・メールアドレス			
〒410 - 裾野市				() -			

※優先順に記入をしてください
※2か所以上の連絡先を記入してください。
※代理のお迎えの方がいる場合は、②以降に「代理」と明記したうえで居住市町をご記入ください

◆緊急時電話番号

	氏 名(ふりがな)	続柄	電話番号	居住市町
①			— — 携帯・自宅・会社	市・町
②			— — 携帯・自宅・会社	市・町
③			— — 携帯・自宅・会社	市・町
④			— — 携帯・自宅・会社	市・町
⑤			— — 携帯・自宅・会社	市・町
⑥			— — 携帯・自宅・会社	市・町

◆肖像権について

児童室での行事などの記事や写真が、各種媒体に掲載されることがありますがよろしいですか？

☐はい ☐いいえ

◆児童個人について ※必ず記入をしてください

性格面・行動面・癖など	保育園や幼稚園、学校などでの集団生活での様子				
好きな遊びや得意なこと	児童が帰宅する予定(習い事や家族の休みなど)				
	月	火	水	木	金

児童の健康・生活について ※☑や○を付け、記入をしてください

記入者氏名() 続柄()

平熱	度 分	
血液型	RH +	型
	RH -	
これまでにかった病気はありますか？	なし ・ あり	☐ 心臓疾患・不整脈 ☐ 川崎病 ☐ 肝臓病 ☐ ひきつけ・てんかん ☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他()
		かかりつけの病院名()
現在治療中の病気等	なし ・ あり	病名等()
日常的な服薬	なし ・ あり	薬の名前()
アレルギー	なし ・ あり	アレルギーの原因()
		どんな症状が出るか？()
		エピペンの所持やおやつの除去等の希望、症状が出た場合の対応や投薬に関することについて詳しく記入してください
学級	特別支援学級 ・ 普通学級	
障がい等	なし ・ あり	(身体 ・ 療育 ・ 精神) 手帳()級 障がい名()
発達相談	児童の発達について相談をしている病院・専門機関名 ()	
	【相談内容】	

児童の様子で気になること、集団生活で配慮が必要なことや気を付けることがあれば、記入してください。

【記入欄】
