

# 家庭状況調査票

表

年 月 日

**【同意書】**

緊急時のけがなどに対応するため、「家庭状況調査票」に記入した個人情報が入所する学童保育クラブ(事業受託団体)と共有されることに同意します。

**同意署名**

ふりがな		男・女	生年月日	入所希望学年	小学校名
児童名				年生	小学校
現住所				通常学級・支援学級	
連絡先	① 自宅・父・母・その他( )	② 自宅・父・母・その他( )	③ 自宅・父・母・その他( )		
父親の勤務先	ふりがな		母親の勤務先	ふりがな	
	氏名			氏名	
	会社名			会社名	
	所在地			所在地	
	TEL	( )		TEL	( )
家庭環境 (同居者全員分)	続柄	氏名	生年月日(和暦)	職業・在学学校	障がい者手帳の有無 (種類)
	父				有・無 ( )
		不存在の場合 死別・離婚・未婚 その他( )	令和6年1月1日現在の住所(現住所以外の場合)		
	母				有・無 ( )
		不存在の場合 死別・離婚・未婚 その他( )	令和6年1月1日現在の住所(現住所以外の場合)		
					有・無 ( )
					有・無 ( )
				有・無 ( )	
通学の順路(学童から家までの帰り道) ※地図を直接描く場合は下記空欄をご利用ください。 または、地図を別途添付してください。					

児 童 の 健 康 状 態	基礎疾患の有無	有 ( ) ・ 無
	アレルギー	有 ( ) ・ 無
	制限される食べ物	具体的に( )
	予防接種	B型肝炎( )回 四種混合( )回 麻疹・風疹( )回 水痘( )回 日本脳炎( )回
	耳の異常	有 ( 耳だれがでる ・ よく聞こえない その他( ) ) ・ 無
	目の異常	有 ( 症状等 ) ・ 無
	言語障がい	有 ( 症状等 ) ・ 無
	発達等の遅れ	有 ( 症状等 ) ・ 無
	障がい者手帳	有 ( 種類 ) ・ 無
発達や慢性的な病気等のこと で相談している(していた)医療機 関・施設はありますか	はい ・ いいえ (病名等: ) 病院名・施設名: 所在市区町村:	
	身体面でお知らせしておきたいこと(具 体的に)	
児 童 の 状 況	集団生活の経験	有 ( 保育園 ・ 幼稚園 ) ・ 無
	友達と遊びますか	よく遊ぶ ・ 少し遊ぶ ・ 全然遊ばない
	困りごとを自分から相談できますか	できる ・ できない ・ わからない
	ご家庭または集団生活の中で気になる ことはありますか	落ち着きがない ・ 気分にもらがある ・ こだわりが強い ・ かんしゃくを起こしやすい ・ その他 その他記入欄(友達とケンカが多いなど具体的にお知らせください。)
	塾 ・ おけいこ (予定含む)	有 ( 塾の種類など 週 日 / 曜日 ) ・ 無
保 育 必 要 状 況	保育が必要な日	<input type="checkbox"/> 週により異なる(シフト制等) <input type="checkbox"/> 曜日指定( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 )
	保育が必要な時間	平日 授業終了後 から 午後 時 分まで
		土曜日 午前 時 分 から 午後 時 分まで
学校休校日	午前 時 分 から 午後 時 分まで	
掛かり付けの病院名	内科の場合 外科の場合	
備 考		

※児童の状況を把握するため、できるだけ詳しくご記入くださいますようお願いいたします。