

記入例

クラブ名: **クラブ名** 第 児童クラブ

家庭状況調査書				記入日(R.O. O. O)	
登録児童名	いな はなこ 伊奈 華子		性別(男・ 女)	令和7年4月1日 現在の 小学校・学年	小針北 小学校 新 年
生年月日	平成 29 年 1 月 7 日(7 歳)				

住所	伊奈町 内宿台〇丁目X番地〇〇ハイツ〇〇 〇		連絡先 電話番号	(自宅) 048-XXX-YYYY	
家族構成※登録児童(本人)除く	氏名	児童からみた続柄	生年月日	※入所基準	勤務先名または学校名・学年
	[世帯主] いな たろう 伊奈 太郎	父	S50 ・ 4 ・ 2	就労	伊奈町役場
	いな ようこ 伊奈 洋子	母	S50 ・ 5 ・ 2	就労	(株)〇〇保険
	いな ひろし 伊奈 宏	兄	H14 ・ 6 ・ 2	在学	〇〇大学◇◇学部 △△学科 〇年生
	いな ゆうこ 伊奈 優子	姉	H25 ・ 6 ・ 3		小針北小学校 〇年生
	いな けんた 伊奈 健太	叔父	S57 ・ 6 ・ 4	疾病	

※入所基準…【就労】【出産】【障害】【介護】【災害復旧】【在学】【職業訓練】【DV】【虐待】【求職】

緊急時連絡先	※勤務中でも確実に連絡がつく番号からご記入ください。	
例	048-728-××××	母職場 〇〇課/〇〇病棟等 祖父母の場合は氏名も記入してください。
①	070-XXXX-YYYY	母携帯
②	048-XXX-YYYY	父職場
③		

■児童の送迎予定者(※ファミリーサポートを利用する場合、その方の名字が分かっている場合はご記入ください。)

	送迎者氏名	続柄	方法	勤務先等から児童クラブまでの所要時間	通常のお迎え予定時間
①	伊奈 洋子	母	車	20 分	17時 40分 頃
②	伊奈 太郎	父	徒歩、電車	1時間20 分	18時 20分 頃
③	伊奈 宏	兄	バス	1時間30 分	18時 40分 頃

■利用予定

該当箇所へ☑

- ①18:30以降の延長保育 (**利用する** / 利用しない) ☐延長希望申請済み ☐未申請
- ②土曜日 (利用する / **利用しない**)

■習い事、塾などについて

	習い事などの種類	曜日	時間	当日の児童クラブ利用の有無
①	習字	火曜日	16:00 ~ 18:00	有・ 無
②	空手	金曜日	17:30 ~ 19:00	有 ・無
③			: ~ :	有・無

障がい・発達の状況	
・身体障がい者手帳や療育手帳を持っていますか(はい・いいえ・現在申請中) 身体障がい者手帳(級)・(A)・A・B・C)・精神障がい者福祉手帳(2級)	
・通院・通所先(名称:〇〇医療センター) 相談の内容(統合失調症)	
・児童の成長発達で心配なこと 1 発達の遅れがあるように思われる。 2 言葉の発達が遅れているように思われる。 3 情緒が不安定であるように思われる。 4 自閉的傾向があるように思われる。 5 多動性障がいの傾向があるように思われる。 6 その他)	
集団生活における注意事項(性格・体質等)…統合失調症に加え、ぜんそくを持っています。統合失調症の薬を朝晩2回、ぜんそくの薬は朝昼晩と1日3回服用しています。生卵を食べると湿疹が出ることがあります。	
既往歴	
かかったことのある病気	・麻しん(はしか)・風しん・水痘・流行性耳下腺(おたふく風邪)・百日咳 ・中耳炎・ヘルニア・肺炎・肝炎・川崎病・ぜんそく ・心臓疾患(病名)/症状: 不整脈・肥大・雑音・その他() その他()
ひきつけ	有・無(1回目 歳 か月/その後 回) 最終発作(年 月)
けいれん	有・無(熱性けいれん:熱 度 分・ 回/無熱性 回) 最終発作(年 月)
てんかん	有・無(状態:薬は服用していますが、発作をおこす可能性があります。) (服薬開始 5歳 か月/1日 3回 服用中) 最終発作(R1年 11月)
かかりつけの病院	
登録児童の平熱 36.5 °C	
病院名	電話番号
内科 〇〇病院	048-XXX-YYYY
アレルギーについて	
食べ物アレルギー	・卵(全卵)・卵黄・卵白)・牛乳(乳製品)・小麦・大豆・そば ・落花生・ごま・その他()
その他アレルギー	・ダニ・ハウスダスト・花粉症・その他()
食事制限	・完全除去: 要(食べ物名: 卵、小麦)・不要
アナフィラキシー	・原因()・症状()