

児童状況書

※学童クラブ使用欄

No.

※ 該当するものすべてに○印又は☑を付けてください。

フリガナ 氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
この書類の記載内容について、後日確認させていただくことがあります。その場合の御連絡先を記入してください。 お名前 (続柄) 電話番号 (自宅・携帯) 連絡をとりやすい曜日 (日曜日を除く) と時間 (曜日) (時から 時まで)				
体 質 ・ 既 往 歴				
平熱 (度 分)				
<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ふうしん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (すべて予防接種を含む) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 (偏頭痛・胃腸が弱い・便秘症・冷え性・慢性中耳炎・蓄膿症・低血圧・鼻血が出やすい・疲れやすい等) ()				
アレルギーがありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食物, 花粉, ハウスダスト, ぜんそく, アトピー性皮膚炎など) アナフィラキシーの既往はありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 エピペン [®] は処方されていますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルゲン (アレルギーを引き起こす物質) は何ですか。具体的に記入してください。 () アレルゲンに触れた (食べた) とき, どのような症状が出ますか。 () おやつで食べられないものはありますか (卵, 牛乳, 小麦, ピーナッツなど)。 ()				
かかりつけ医 (内科・歯科・眼科・耳鼻科など)				
[名称]	[名称]	[名称]	[名称]	[名称]
(科)	(科)	(科)	(科)	(科)
[電話]	[電話]	[電話]	[電話]	[電話]
定期的に通院していますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度 回/週・月・年) 常時服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 通院先 病院・クリニック (科) 診断名 薬の名称				
入院歴や持病などがありましたら、具体的に記入してください。 ※ 入院歴や病気歴, 大きな手術, 体質や体力上の留意点, 食生活についての留意点など				
性 格 ・ 特 徴 (該当するものすべてに☑)				
<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> マイペース <input type="checkbox"/> 人なつこい <input type="checkbox"/> 面倒見が良い <input type="checkbox"/> 器用 <input type="checkbox"/> 不器用 <input type="checkbox"/> 楽天的 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 責任感がある <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 大ざっぱ <input type="checkbox"/> 感情の起伏が激しい <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを表現することが苦手 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 片付けができない <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> パニックを起こすことがある <input type="checkbox"/> 先の見通しをつけることが苦手で不安になる <input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返すことがある <input type="checkbox"/> 特定の音や匂い, 触覚などの刺激に極端に敏感である <input type="checkbox"/> 注意が移りやすい <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 自分なりの独特な日課や手順があり, 変化や変更が苦手である <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 文字や数字の理解, 運動など, ある一つのことに限って極端にできない <input type="checkbox"/> 他害行為がある <input type="checkbox"/> 特定の物事に執着 (こだわり) がある (何に対してですか⇒) <input type="checkbox"/> 癖がある (どんな癖ですか⇒)				
[自由記入欄] ※ その他, 気になることがありましたら記入してください。				
成 育 歴				
都道	区市	保育園・幼稚園	歳～	歳
府県	町村			
都道	区市	保育園・幼稚園	歳～	歳
府県	町村			
子ども発達センターなどの 通所制施設や療育機関への 通所歴	[施設名・教室名]		歳～	歳
			歳～	歳

チェック欄		日常生活の様子（該当するものすべてのチェック欄に☑）	自由記入欄	
聞く	<input type="checkbox"/>	相手の話を理解して聞くことができる		
	<input type="checkbox"/>	個別に目を見てゆっくり話すと理解できる		
	<input type="checkbox"/>	聞き違いや聞き漏らしが頻繁にある		
	<input type="checkbox"/>	集団全体へ向けた指示は理解できないことがある		
	<input type="checkbox"/>	聞いたことを覚えておくことが苦手		
	<input type="checkbox"/>	話しかけられても表情の変化が乏しく、聞いているのかどうか分からない		
話す	<input type="checkbox"/>	普通に話せる		
	<input type="checkbox"/>	相手の立場や気持ちを考えず、突然又は一方的に話してしまう		
	<input type="checkbox"/>	思いついたまま話を続け、内容がまとまらない		
	<input type="checkbox"/>	言いたいことをどう表現したらよいのかわからない		
	<input type="checkbox"/>	話すことに自信がない		
	<input type="checkbox"/>	単語を羅列する又は短い文を組合せて表現する		
あそび	<input type="checkbox"/>	友だちとあそぶことができる		
	<input type="checkbox"/>	声をかけてもらえれば集団あそびができる		
	<input type="checkbox"/>	友だちとあそぶことができるが取り残されがち		
	<input type="checkbox"/>	ルールや順番を守れない		
	<input type="checkbox"/>	1人あそびが多い		
	<input type="checkbox"/>			
食事	<input type="checkbox"/>	1人で食べられる		
	<input type="checkbox"/>	偏食が著しい、食べられるものが極端に限られる		
	<input type="checkbox"/>	食事中に立ち歩いたり、あそび食べをすることがある		
	<input type="checkbox"/>	自分で食べることは難しく、援助が必要		
排泄	<input type="checkbox"/>	1人ですべてできる（排便・排尿）		
	<input type="checkbox"/>	1人でほぼできるが、援助が必要なことがある（排便・排尿）		
	<input type="checkbox"/>	1人でできないが知らせることができる（排便・排尿）		
	<input type="checkbox"/>	オムツを使用している（排便・排尿）		
発達について	<input type="checkbox"/>	保育園や幼稚園での生活の中で、又は就学時健康診断やその他健診（3歳児健康診査等）などで、お子さんの発達について医師や保健師等に相談をした、又は指摘されたことがある 指摘された内容を差し支えない範囲で具体的に記入してください。		
	<input type="checkbox"/>	お子さんの病気やことば、発達について、相談している病院や専門機関がある 病院・専門機関名（例：児童相談所・子ども家庭支援センターすこやか・保健センター・医療機関）		
障害について	<input type="checkbox"/>	知的障害や発達障害の心配がある <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 広汎性発達障害(アスペルガー・自閉症等) <input type="checkbox"/> 多動性障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害(ADHD) <input type="checkbox"/> 学習障害(LD) <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳をもっている (級)	申請時に手帳の写しを添付してください。	
	<input type="checkbox"/>	愛の手帳(療育手帳)をもっている (度)		
	<input type="checkbox"/>	精神障害保健福祉手帳をもっている (級)		
		障害名(部位)を記入してください。		
		〔上記の障害についての主治医〕 医療機関名 病院・クリニック(科)		
		担当医師名 通院頻度 回/週・月・年 服薬内容 回/日 [薬の名称]		
		※ 学童クラブでの生活において留意して欲しいこと等がありましたら記入してください。		
	【中心になって援助している人は誰ですか】 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()			
連携	<input type="checkbox"/>	就学支援シート提出している、又は今後提出する予定がある	関係機関との一貫した継続的な支援のため可能な範囲で学童クラブへの情報提供をお願いします。	
	<input type="checkbox"/>	個別記録票 i-ファイルをもっている		

※ 保護者→児童青少年課→学童クラブ保管 (→入会登録承認のみ学童クラブ保管)