

記入例

児童状況書

※学童クラブ使用欄
No.

※ 該当するものすべてに○印または☑を付けてください。

フリガナ 氏名	チョウフ タロウ 調布 太郎	男・女	生年月日	令和元年 〇月 〇日
------------	-------------------	-----	------	------------

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。その場合のご連絡先を記入してください。
 お名前 **調布 花子** (続柄 **母**) 電話番号 (**090-0000-0000** 自宅 **携帯**)
 連絡をとりやすい曜日 (日曜日を除く) と時間 (**月~金** 曜日) (**16** 時から **18** 時まで)

体質・既往歴

平熱 (**36** 度 **2** 分)

はしか ふうしん 水ぼうそう おたふくかぜ (すべて予防接種を含む) てんかん
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 無 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 無 有 エピペン®は処方されていますか 無 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。
 (**卵**)
 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。
 (**体全体に発疹がでます。**)
 おやつで食べられないものはありますか (卵, 乳, 小麦, ピーナッツなど)。
 (**卵を含む食品。医師の指導で、普段の食事でも卵を除去しています。**)

かかりつけ医 (内科・歯科・眼科・耳鼻科など)

[名称] 〇〇病院 (小児 科)	[名称] 〇〇歯科 (歯 科)	[名称] 〇〇〇クリニック (アレルギー 科)
[電話] 03-0000-0000	[電話] 042-000-0000	[電話] 042-000-0000

定期的に通院していますか 無 有 (頻度 **4回/週・月・年**) 常時服薬 無 有
 通院先 **〇〇 病院・クリニック (アレルギー 科)**
 診断名 **卵アレルギー**
 薬の名称 **〇〇 普段は服薬していません。症状が出たときのために、飲み薬が処方されています。**

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
おやつについては、改めて相談をさせていただきます。

性格・特徴 (該当するものすべてに☑)

- 社交的 人見知り マイペース 人なつこい 面倒見が良い
- 器用 不器用 楽天的 神経質 責任感がある
- 几帳面 大ざっぱ 感情の起伏が激しい 自分の気持ちを表現することが苦手
- 明るい 片付けができない 落ち着きがない パニックを起こすことがある
- 先の見通しをつけることが苦手不安になる 同じことを何度も繰り返すことがある
- 特定の音や匂い, 触覚などの刺激に極端に敏感である 注意が移りやすい 忘れ物が多い
- 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 自傷行為がある
- 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 他害行為がある
- 特定の物事に執着 (こだわり) がある (何に対してですか⇒)
- 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。
不安になると、爪を噛むことがあります。そのときは気をそらせるように気をつけています。

成育歴

東京 調布	〇〇〇	保育園 幼稚園	0 歳 ~ 5 歳
子ども発達センターなどの通所訓練施設や療育機関への通所歴	[施設名・教室名] 調布市子ども発達センター 言語・心理グループ	保育園・幼稚園	歳 ~ 歳 3 歳 ~ 5 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 checked="" type="checkbox"/>	相手の話を理解して聞くことができる	普段は聞いて理解することができますが、集中力がなくなると集団への指示が理解できなくなるようです。
	<input checked="" type="checkbox"/>	個別に目を見てゆっくり話す理解できる	
	<input type="checkbox"/>	聞き違いや聞き漏らしが頻繁にある	
	<input checked="" 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	
話す	<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わからない	家では、保育園であったことをよく話しています。
	<input checked="" type="checkbox"/>	普通に話せる	
	<input type="checkbox"/>	相手の立場や気持ちを考えず、突然また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かわからない	
	<input type="checkbox"/>	話すことに自信がない	
あそび	<input type="checkbox"/>	単語を羅列するまたは短い文を組合せて表現する	自分から輪に入るのは不得意ですが、声をかけられれば友だちと遊ぶことができます。
	<input type="checkbox"/>	単語と身振りを組み合わせて表現する	
	<input checked="" type="checkbox"/>	友だちとあそぶことができる	
	<input checked="" type="checkbox"/>	声をかけられれば集団あそびができる	
食事	<input type="checkbox"/>	友だちとあそぶことができるが取り残されがち	箸の使い方を練習しているところ です。
	<input type="checkbox"/>	ルールや順番を守れない	
	<input checked="" type="checkbox"/>	1人あそびが多い	
	<input type="checkbox"/>	1人で食べられる	
排泄	<input type="checkbox"/>	偏食が著しい、食べられるものが極端に限られる	ほとんど1人でできますが、排便のときは最後に大人が確認をしています。
	<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	
	<input checked="" type="checkbox"/>	1人ですべてできる(排便・ 排尿)	
発達について	<input checked="" 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)	ほとんど1人でできますが、排便のときは最後に大人が確認をしています。
	<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)	
障害について	<input type="checkbox"/>	オムツを使用している(排便・排尿)	<p>保育園や幼稚園での生活の中で、また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、また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。 3歳児検診のときに保健センターで勧められて、子ども発達センターに相談に行きました。</p> <p><input checked="" 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) 子ども発達センターに月2回程度通っています。 現在、教育相談所に就学相談をしています。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 知的障害や発達障害の心配がある <input checked="" 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</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 愛の手帳(療育手帳)をもっている (度)</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障害保健福祉手帳をもっている (級)</p> <p>障害名(部位)を記入してください。 ADHDの疑い 担当の医師には、「しばらく様子をみましょう」と言われています。</p> <p>[上記の障害についての主治医] 医療機関名 〇〇総合医療センター 病院・クリニック(児童・思春期精神 科) 担当医師名 〇〇 〇〇医師 通院頻度 1 回/週・月(年) 服薬内容 回/日 [薬の名称] 服薬はしていません。</p> <p>※ 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。 集中力が切れて、落ち着かなくなってしまうときがあります。場所を移動させるなど切替えのきっかけを与えると少しずつ落ち着くと思います。</p> <p>【中心になって援助している人は誰ですか】 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()</p>
	<input checked="" type="checkbox"/>	保育園や幼稚園での生活の中で、また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、また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。 3歳児検診のときに保健センターで勧められて、子ども発達センターに相談に行きました。	
	<input checked="" 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) 子ども発達センターに月2回程度通っています。 現在、教育相談所に就学相談をしています。	
	<input checked="" type="checkbox"/>	知的障害や発達障害の心配がある <input checked="" 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)	
	<input type="checkbox"/>	障害名(部位)を記入してください。 ADHDの疑い 担当の医師には、「しばらく様子をみましょう」と言われています。	
	<input type="checkbox"/>	[上記の障害についての主治医] 医療機関名 〇〇総合医療センター 病院・クリニック(児童・思春期精神 科) 担当医師名 〇〇 〇〇医師 通院頻度 1 回/週・月(年) 服薬内容 回/日 [薬の名称] 服薬はしていません。	
	<input type="checkbox"/>	※ 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。 集中力が切れて、落ち着かなくなってしまうときがあります。場所を移動させるなど切替えのきっかけを与えると少しずつ落ち着くと思います。	
<input type="checkbox"/>	【中心になって援助している人は誰ですか】 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()		
連携	<input checked="" type="checkbox"/>	就学支援シート提出している、また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 checked="" 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 (→利用承認のみ学童クラブ保管)