健 康 調 査 票

※ 必要事項を記入のうえ、該当するものに〇を付けてください。現時点で回答出来る範囲で構いません。
※ この書類は放課後児童クラブ運営以外の目的には使用いたしません。
※ 記入内容について、問い合わせることがあります。

児童氏名	（ 男 ・ 女 ）	学校・学年 ※入室希望年度	小学校　　年生
学級 ※新1年生は見込みで記入	普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 通級指導教室「大空」に通級している		
手帳等	①無　②有（障害者手帳　　級 ・ 療育　Ａ Ｂ Ｃ ） ※②有の場合、コピーを添付してください。		

食事	1. よく食べる　2. 普通　3. あまり食べない	夕食の時間	午後　　時　　分
睡眠	起床（午前　　：　　）／ 就寝（午後　　：　　）	平 熱	.　　℃
排泄	1. 大小便とも自立　2. 見守り（介助や医療行為）が必要　3. その他（　　） ※具体的にご記入ください 〔　　〕		
	大便　1. 毎日（　　）回　2.（　　）日に1回　3. その他（　　） 1. 午前（　　）時　2. 午後（　　）時　3. その他（　　）		
性格	1. 明るい　2. 活発　3. おとなしい　4. 引っ込みじあん　5. その他（　　）		

医療歴等

身長	cm	体重	kg	血液型	型（RH ＋・－）

病院　よく利用する医療機関名等を記入ください。（1か所以上）

① 内科　（　　TEL:　　）
② 整形外科　（　　TEL:　　）
③ 眼科　（　　TEL:　　）
④ 現在、治療中の病気　（ あり ・ なし ）
「あり」の場合　病名:　　医療機関名:

※入室決定後、必ず放課後児童クラブ職員に詳細を説明してください。

視力　問題なし ・ 見えづらい ・ その他　　眼鏡所有の場合： 終日着用・授業中のみ・着用しない

アレルギー　クラブで配慮（除去等）すべきアレルギー疾患について、該当するものに〇を付けてください。

① **有**（右欄記入）　卵 ・ 牛乳 ・ 乳製品・小麦・そば・落花生・エビ・カニ・くるみ
その他（　　）
①－2　治療（ 飲み薬 ・ 塗り薬 ・ 食事制限 ・ その他　　）
①－3　アナフィラキシー　有 ・ 無　（発症＿＿＿歳＿＿＿か月）
原因:　　症状:
①－4　エピペンの使用　有 ・ 無　（最終使用＿＿＿歳＿＿＿か月）
①－5　アレルギー疾患用学校生活管理指導表の添付　有 ・ 後日提出予定 ・ 提出必要なし
※クラブで配慮すべきことがある場合は提出してください。
①－6　おやつの際の除去の必要性　有 ・ 無

※入室決定後、必ず放課後児童クラブ職員に詳細を説明してください。

② **無**

既往歴　該当するものに〇を付けてください。

・特になし　・肝炎　・川崎病　・ぜんそく　・ヘルニア　・肺炎　・中耳炎　・脱臼（部位:　　）
・心臓疾患（病名:　　症状: 不整脈・肥大・雑音　　）
・その他（　　）

体質的なもの　該当するものに〇を付けてください。

・風邪をひきやすい　・吐きやすい　・鼻血が出やすい　・便秘しやすい　・化膿しやすい
・虫刺されなどで腫れやすい　・アトピー性皮膚炎　・物に顔を近づけて（目を細めて）見る
・耳の聞こえが悪い（ 右 ・ 左 ）　・その他（　　）

けいれん　**有 ・ 無**　（熱性＿＿.＿℃＿＿回）（無熱性＿＿回）（泣いた時＿＿回）
発生歴（　　）

てんかん　**有 ・ 無**　状態（　　）
服薬（ 開始 ＿＿歳＿＿か月 ・ 1日＿＿回 使用中）

裏面も記入してください ➡

（児童氏名：　　学年：　　年　　）

医療歴等

ことばや発達等

① 健康やことば・発達上のことで、現在または過去に病院や施設等に通院や相談をしていますか（ はい　・ いいえ ）

・時期　（ 歳　か月 から 歳　か月まで ・ 現在 ）

・病名、症状等　（　　）

・病院、施設名　（　　）

・診療科、通院状況　（　　）

② ①で「はい」の場合、主治医等から集団保育が可能であることを確認していますか（ はい　・ いいえ ）

※入室決定後、必ず放課後児童クラブ職員に詳細を説明してください。

特記事項

集団生活において健康、発達面で気になること、心配なことなどありましたらご記入ください。

放課後等デイサービス

1. 利用しない　2. 利用している　3. 利用予定　4. 検討中

上記を 2・3 と回答した場合

利用開始時期（　　年生　　月から　　）

利用する曜日（ □ 月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　□ 土 ）

事業所名（　　）

※入室決定後、必ず放課後児童クラブ職員に詳細を説明してください。

支援員へ伝えたいこと

お子さんの好きな遊び、苦手なこと、お友達関係、家庭での様子など、何でも結構ですので必ずご記入ください。

＜ 放課後児童クラブ処理欄 ＞