

(様式2)

児童調査票

対象 児童	(ふりがな) 氏名	()		男・女
	生年月日	H・R	年 月 日	大宮西小学校 年生 (利用開始時または新学年)
卒園した幼稚園・保育 所・認定こども園等				
持病等で現在服用している薬 はありますか？		<input type="checkbox"/> ある 薬の名前 () <input type="checkbox"/> ない		
食物アレルギーはありますか？		<input type="checkbox"/> ある 食材 () <input type="checkbox"/> ない		
大きな病気やケガで受診・入 院・手術をしたことがありますか？		<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術) 傷病名 () <input type="checkbox"/> ない		
平熱はどのくらいですか？		度 分 くらい		
発達障がいなどの診断を受け たことがありますか？		<input type="checkbox"/> ある 診断名 () 診断を受けた病院 () 薬の服用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 手帳(療育等)の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ない		
その他、学童クラブでの生活 で気になることや配慮してほ しいことはありますか？		<input type="checkbox"/> ある 具体的にはどんなことですか？ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 100px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 特にない		