

(様式2-新規)

## 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
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・手術をしたことありますか？		<input type="checkbox"/> ある (□受診 □入院 □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?   <input type="checkbox"/> 特にない			