

令和6年度坂出市放課後児童クラブ 調査票

記入例(表)

ふりがな 保護者氏名	さかいで たろう 坂出 太郎	学校名	〇 〇小学校	教室名	仲よし教室 ・みのり教室
ふりがな 児童氏名	さかいで いちろう 坂出 一郎	1年	〇年 〇月 〇日生	利用開始 希望日	4月 1日

1 住所

〒 762-00XX
住所 坂出市 〇町〇丁目〇番〇号

原則、第5順位までをご記入ください。記載がない場合、個別に確認する場合がございます。

2 緊急連絡先 (携帯や勤務先等で、必ず連絡のとれる番号を教えてください。)

	ふりがな 氏名	続柄	電話番号 (携帯・自宅・勤務先等)
第1順位	さかいで はなこ 坂出 花子	母	090 - XXXX - XXXX (母 携帯)
第2順位	さかいで はなこ 坂出 花子	母	087 - 832 - XXXX (勤務先 呼出)
第3順位	さかいで たろう 坂出 太郎	父	090 - XXXX - XXXX (父 携帯)
第4順位	さかいで よしこ 坂出 良子	祖母	090 - XXXX - XXXX (祖母 携帯)
第5順位	さかいで よしこ 坂出 良子	祖母	0877 - 46 - XXXX (祖母 自宅)

*ケガや発熱時のほか、児童が体調不良の際は速やかにお迎えをお願いします。

◎予定をご記入ください。下校時刻等が記入内容から変更になる場合は、その都度、連絡帳・電話などで教室まで必ず事前にご連絡ください。

3 帰宅方法

	月	火	水	木	金
帰宅時刻	15時	16時	休室	集団下校	16時
誰と	母と	兄と	休室	集団下校	一人で

◎警報発令時等の帰宅方法

(具体的に) すぐに母が仲よし教室まで迎えに行きます。

入室中に警報発令等で休室になった場合の対応となります。ご希望の下校方法を詳しくご記入ください。

※自主帰宅する場合(17時までの下校に限る)には「自主帰宅届出書」の提出をお願いします。

※保護者以外の迎えの場合には「送迎届出書」の提出をお願いします。

4 写真・映像等の使用について (どちらかに○をつけて下さい。)

KBNや市広報の取材などによるカメラ撮影(放映を含む)や、広報誌、市HP等に写真を掲載されることについて、次のとおりとします。

同意します ・ 同意しません

5 児童の健康状態等について

記入例(裏)

受診を希望する病院がありましたらご記入ください。

※記載内容が入室の可否へ影響を及ぼすことはありません。

児童の保険証について記入してください。
健康保険の種類は「国民健康保険」「社会保険」「組合」からお選びください。

かかりつけ医	<input checked="" type="radio"/> 有 (<input type="text" value="〇〇"/> 医院)		
児童の血液型	<input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> O <input type="radio"/> AB 不明 (<input type="text" value="+"/> <input type="text" value="-"/>)	健康保険の種類 記号・番号	社会保険 XXXXXXXXXX — XXXX
持病・障がいの有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (傷病名: <input type="text" value="ぜんそく"/>) ・ <input type="radio"/> 無		
通院の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (病院名: <input type="text" value="〇〇"/> 病院 主治医名: <input type="text" value="〇〇"/>) ・ <input type="radio"/> 無		
服薬の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (処方薬: <input type="text" value="お子様在学校とは違う環境で過ごす際の心配事や、気にしてほしいことなどを記入してください。"/>)		<input type="radio"/> 無
健康状態や発達面で配慮を要することはありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 具体的に ぜんそくの発作がみられたら吸入器具で吸入させてください。吸入器具は靴の中にもたせてあります。		
アレルギー	薬	<input type="radio"/> 有 (<input type="text"/>) ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	食物	<input checked="" type="radio"/> 有 (<input type="text" value="ピーナッツ"/>) ・ <input type="radio"/> 無	
	その他	<input checked="" type="radio"/> 有 (<input type="text" value="スギ"/>) ・ <input type="radio"/> 無	
支援学級在籍(予定)	<input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	通級指導(予定)	<input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
療育手帳	<input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 (<input type="text"/> 等級)	障がい者手帳	<input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 (<input type="text"/> 傷病名: <input type="text"/>) (<input type="text"/> 等級)
就学時健康診断について(新1年生のみ)	何か気をつけるように言われたことはありますか。 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 具体的に ADHDの傾向がある。		

お子様が学校とは違う環境で過ごす際の心配事や、気にしてほしいことなどを記入してください。

支援学級の在籍状況や手帳の有無については、支援員の配置等の参考にさせていただきます。

その他、支援員に知らせておきたいことをご記入ください。

その他、教室での心配事や配慮してほしい事等ありましたらご記入ください。

10月頃に新1年生が小学校で受けた健康診断について記入してください。

下記の承諾書に自署または記名押印をお願いいたします。

承諾書

坂出市放課後児童クラブの利用にあたり、必要な場合は、関係機関(保育園、幼稚園、こども園、小学校や病院等)に対し、申込児童の状況等について、情報を照会及び提供す

自署の場合省略可能

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者氏名 **坂出 太郎** 印

*この調査票は、児童が放課後児童クラブで過ごす上で、他児童との関わりやアレルギー・傷病への対応、児童の状況を把握するために使用し、それ以外に利用することはありません。