そよかぜ学童クラブ 児童調査票

児童名（ふりがな）	性 別	生年月日（西暦）
（　　）	男 ・ 女	年　　月　　日

◆ 児童の健康状態等

血液型　　型	かかりつけの病院名	内科		☎
平熱　　℃		外科		☎
今までにした大きな病気・ケガ	病名			
現在治療中の病気・ケガ	病名			
職員に知らせておきたい事	○健康面について（アレルギー・ぜんそく・アトピー・薬の服用の有無・脱臼等の有無・食事制限など）			
	○生活面について（好き嫌いが多い、お友達と関わるのが苦手、片付けが苦手など）			

◆ 緊急連絡先 （緊急時は優先順位1より連絡させていただきます）

	氏　名	続柄	連　絡　先		優先順位
お迎えに来る人（緊急連絡先）	ふりがな（　　）		勤務先	（社名）	
				（電話番号）　（　　）	
			個人携帯番号	（　　）	
	ふりがな（　　）		勤務先	（社名）	
				（電話番号）　（　　）	
			個人携帯番号	（　　）	
	ふりがな（　　）		連絡先	（電話番号）　（　　）	
	ふりがな（　　）		連絡先	（電話番号）　（　　）	

＊代表電話の場合、内線番号の記入をお願いします。また自動音声の番号はお控えください。

連絡用メールアドレス	@	続柄（　　）
	@	続柄（　　）

◆ お迎えについて （上記の方以外でお迎えに来る可能性のある方 例:ファミリーサポートなど）

氏　名	関　係	電話番号

◆ その他 職員に知らせておきたい事 （ご自由にお書き下さい）