

## たけの子ルーム 児童調査票

児童名(ふりがな)	性別	生年月日
( )	男・女	年 月 日

### ◆児童の健康状態等

血液型	型	かかりつけの	内科		☎
平熱	℃	病院名	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			
お き た い 事 支 援 員 に 知 ら せ て	○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

	氏名	続柄	連絡先電話番号		優先順位
1	ふりがな( )		携帯	( )	
			職場	( )	
			自宅等	( )	
2	ふりがな( )		携帯	( )	
			職場	( )	
			自宅等	( )	
3	ふりがな( )		携帯	( )	
			職場	( )	
			自宅等	( )	

\*緊急時は優先順位1より連絡致します。必ず連絡が取れる番号を記入ください。

\*職場の番号が代表電話の場合、部署や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( )
------------	---	-------

### ◆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 支援員に知らせておきたい事 (ご自由にお書き下さい)

--