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			
支援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

	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）