

児童調査票

児童名(ふりがな)	性別	生年月日(和暦で記入してください)
()		年 月 日

◆児童の健康状態等

血液型	型	かかりつけの	小児科	
平熱	℃	病院名	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

No.	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。また自動音声はお控えください。

連絡用メールアドレス	@
------------	---

◆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)