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

平熱	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）	

◆特別な配慮について

特別支援学級の在籍有無	なし	検討中	あり	クラス名
放課後等デイサービスとの併用有無	なし	検討中	あり	施設名

◆緊急連絡先

優先順位	氏　名	続柄	連 絡 先 電 話 番 号
1	ふりがな　（　　）		（　　）
2	ふりがな　（　　）		（　　）
3	ふりがな　（　　）		（　　）
4	ふりがな　（　　）		（　　）

緊急時は1番から順に連絡致します。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、部署や内線番号を下記その他に記入ください。
また自動音声はお控えください。

◆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）