

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(好き嫌いが多く、お友達と関わるのが苦手、片付けが苦手など)	

◆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)

--