

部外秘

しらかばこども園第

学童クラブ 生活・環境票

記入日：西暦

年 月 日

フリガナ 児童氏名		性別		児童の写真  ※顔が大きくはっきりと 写っているものを貼ってください。
生年月日	西暦	年	月 日生	
自宅電話番号				
住所	〒 - 横須賀市			
小学校 年 組※来年度の学年				

個人情報に関する確認

A.クラブ内活動について

①	写真の掲示	
②	名前の掲示	
③	作品を飾る	
④	誕生日表の掲示	
⑤	クラブ通信への写真・名前・誕生日の掲載	

B.クラブ外への発信 (ホームページ・パンフレット・SNS等)

①	動画の掲載 (モザイク等はなし)	
②	写真の掲載 (当てはまるものに○)	加工なしでの掲載
③		モザイク処理・後ろ姿等
④		掲載をしない
⑤		

登録日	月・火・水・木・金・土	実際の利用日	月・火・水・木・金・土
-----	-------------	--------	-------------

習い事	習い事名	曜日	出発・終了後・習い事時間			習い事連絡先
			曜日	出発	送り出し (出発時間 : )	
		曜日	終了後	学童・帰宅	時間 ~	
		曜日	出発	送り出し (出発時間 : )	迎え・直行	
		曜日	終了後	学童・帰宅	時間 ~	
		曜日	出発	送り出し (出発時間 : )	迎え・直行	
		曜日	終了後	学童・帰宅	時間 ~	

\*特記事項 バス出発時間・乗車できなかった場合の対応など

家庭での様子

学童クラブに望むこと・伝えておきたいこと(悩み・相談なども)

家族構成 ※本人を除く	フリガナ 氏名	年齢	続柄	職場・学校・こども園幼稚園・保育所 上段：名称 下段：住所（通勤・通所時間）	連絡先	上段：職場 下段：携帯	土曜出勤 有無
			父		TEL①		
					TEL②		
			母		TEL③		
					TEL④		
				(名称)	TEL⑤		
				(名称)	TEL⑥		
			(名称)	TEL⑦			
父方		祖父	(自宅住所・電話番号)	TEL⑩			
		祖母		TEL⑪			
母方		祖父	(自宅住所・電話番号)	TEL⑬			
		祖母		TEL⑭			

緊急連絡先の優先順位

→ → → → → → → →

\* 緊急連絡先等に関する特記事項

- ・つながりやすい時間帯や災害時の際・普段の出欠確認連絡等について
- ・家族以外で緊急連絡先になる方がいる場合など（TEL⑮～として緊急連絡先優先順位に記載）

送迎者リスト	フリガナ 氏名	続柄	年齢 (未成年のみ)	* 送迎者リストに関する特記事項 書ききれない場合は下欄にご記入ください。 ※保護者以外のお迎えの際は事前にご連絡ください。				
					メーカー	車種	色	ナンバー
				自家用車				横浜
							横浜	

部外秘

しらかばこども園第

学童クラブ 健康観察票

記入日：西暦

年 月 日

フリガナ 児童氏名		血液型	型	平熱	°C
朝食	食べる ・ 少し食べる ・ 食べない	睡眠	時頃睡眠 時起床		
食事量	少食 ・ 普通 ・ 旺盛	偏食	少ない ・ 多い	発熱	しやすい ・ あまりしない
小便	普通 ・ 近い ・ 漏らしてしまうことがある	大便	下痢しやすい ・ 便秘になりやすい ・ 普通		
耳の異常	なし ・ 耳垂れがしやすい ・ 聞こえづらい ・ 耳の病気になりやすい ・ その他 ( )				
目の異常	なし ・ 近視 ・ 目やにが出やすい ・ その他 ( )				
体調	乗り物酔いやすい ・ よく頭痛を訴える ・ 気分が悪くなりやすい ・ 嘔吐しやすい ・ 鼻血が出やすい				
肌	良好 ・ 弱い ・ かぶれやすい ・ 蕁麻疹がしやすい ・ 傷が化膿しやすい ・ とびひになりやすい				
○×	湿布 ( ) 虫よけスプレー ( ) かゆみ止め ( )				

アレルギーについて（食物アレルギー・薬のアレルギー等あればご記入下さい）

診断書提出 … 有 ・ 無

## 既往歴

心臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ リウマチ熱 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ てんかん ・ 甲状腺の病気  
 ・ その他 [ ]

## 現在通院・治療中の病気・怪我, 常備薬等

診療科目	病院名	通院の頻度	病名	〔薬名（内服・外用）〕 服用時間や頻度
科				薬名 [ ]
科				薬名 [ ]
科				薬名 [ ]
科				薬名 [ ]

## \*特記事項 注意してほしいこと等

## かかりつけの病院名・電話番号

小児科：

TEL \_\_\_\_\_

整形外科：

TEL \_\_\_\_\_

歯科：

TEL \_\_\_\_\_

眼科：

TEL \_\_\_\_\_

耳鼻科：

TEL \_\_\_\_\_

皮膚科：

TEL \_\_\_\_\_

( )科：

TEL \_\_\_\_\_

※学童利用の際の緊急時には、委託医への受診となる場合があります  
 （都度連絡をします）