



## 児童台帳

学童保育所  
令和 年月日入所

児童氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	平成令和 年月日	新学年	小学校
自宅住所	立川市 町 (建物名・部屋番号)				電話		
保護者①の状況					保護者②の状況		
氏名	ふりがな (続柄)				氏名	ふりがな (続柄)	
携帯	<input type="checkbox"/> ー ー				携帯	<input type="checkbox"/> ー ー	
就労先	名称				名称		
	所在地	都県市	区	町	都県市	区	町
	電話	<input type="checkbox"/>	ー	ー	<input type="checkbox"/>	ー	ー
通勤時間	時間 分			通勤時間	時間 分		
就労時間	(平日) (土曜)	時 分	～ 時 分	就労時間	(平日) (土曜)	時 分	～ 時 分
週休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・不定			週休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・不定		
保護者以外の家庭の状況							
氏名	続柄	学校・学年等		氏名	続柄	学校・学年等	
ふりがな				ふりがな			
ふりがな				ふりがな			
ふりがな				ふりがな			
代理人①(保護者以外に緊急時等に連絡のとれる方)				代理人②(保護者以外に緊急時等に連絡のとれる方)			
氏名	ふりがな	児童との関係		氏名	ふりがな	児童との関係	
住所	区 市 町			住所	区 市 町		
電話	<input type="checkbox"/> ー ー			電話	<input type="checkbox"/> ー ー		
家庭から学童保育所までの道順(経路朱書き)				緊急時の連絡先優先順位			
				※台帳に記入したすべての電話番号の横の□欄に、連絡する順番を記入してください。			
				例: 就労先 1 042-XXX-〇〇〇〇			
				携帯 2 080-XXX-〇〇〇〇			
(所要時間 分)							

ご記入いただいた内容については、学童保育所での保育の目的以外に使用しません。

児童氏名					
児童の長所	児童の短所				
好きな遊び・遊び場					
保育にあたって考慮してほしい点					
習い事について(土曜日・日曜日を除く)					
名 称	曜 日	時 間	電 話		
		時 分から 時 分			
		時 分から 時 分			
かかりつけの病院					
内科	電話	その他	電話		
外科	電話	その他	電話		
※該当するものに□をつけてください。		血液型	型 Rh	平熱	°C
予 防 接 種 済	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> その他 (			の学 既校 往伝 あり病	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> はしか
					<input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> ふうしん <input type="checkbox"/> その他( )
健 康 状 態	内 科	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> アレルギー( ) <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 胃腸障害 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> 薬疹
		<small>病気の経過・発病の状態などを詳しくお書きください。</small>			)
	体 質 等	<input type="checkbox"/> 熱が出やすい		<input type="checkbox"/> 湿疹がよくできる	
		<input type="checkbox"/> ぜんそくほっさをおこす		<input type="checkbox"/> 頻尿	
		<input type="checkbox"/> 乗り物に酔う		<input type="checkbox"/> 便秘しやすい	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい
		<input type="checkbox"/> じんましんが出やすい (食品名)			
		<input type="checkbox"/> 薬物アレルギーがある (薬品名)			
		<input type="checkbox"/> その他〔 〕			
	その 他	<input type="checkbox"/> 聴力障害がある		<input type="checkbox"/> 骨折したことがある ( 年 部位: )	
		<input type="checkbox"/> 言語障害がある		<input type="checkbox"/> 入院や大きな病気、手術等をしたことがある ( 年 の時 : )	
<input type="checkbox"/> 視力障害がある		<input type="checkbox"/> その他〔 〕			
健康について連絡しておきたいこと(病気・体質など)					