

# 秘 児 童 台 帳

学童保育所

令和 年 月 日 入所

児童氏名	ふりがな	男・女	生年月日	平成 年 月 日 令和	新学年		小学校
					年 組 担任	先生	
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	□ — —			携帯	□ — —		
就労先	名称			就労先	名称		
	所在地	都 区 町 県 市	就労先		所在地	都 区 町 県 市	
	電話	□ — —			電話	□ — —	
通勤時間	時間 分			通勤時間	時間 分		
就労時間	(平日)	時 分 ~ 時 分		就労時間	(平日)	時 分 ~ 時 分	
	(土曜)	時 分 ~ 時 分			(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 町 市			住所	区 町 市		
電話	□ — —			電話	□ — —		
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口欄に、連絡する順番を記入してください。			
				例: 就 1 042-XXX-〇〇〇〇 労 1 先  携 2 080-XXX-〇〇〇〇 帯 2			
(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 染病	<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"/> 薬疹 <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( ) 病気の経過・発病の状態などを詳しくお書きください。 [		
	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 )		
	そ の 他	<input type="checkbox"/> 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 ( 歳 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 ( 歳 の時 : )
<input type="checkbox"/> 視力障害がある		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)				