

令和7(2025)年度

○健康状態「持病がある」…（ア）
○支援学級に在籍（予定）である「はい」…（イ）
○障がい者手帳を持っている「はい」…（ウ）

のうち、1つ以上に該当する児童1人につき1部

※お預かりする児童を安全に見守るための大切な情報となりますので、できる限り詳細にご記入ください。
状況によりお預かりすることができない場合がございます。

フリガナ		男 ・ 女	学 年		入会を希望 する放課後 児童クラブ	
児 童 氏 名				年		小学校放課後児童クラブ
血 液 型	Rh(＋・－) ・ 不 明	平 熱		度 分	出 身 園	
病 名						
常時服用中の薬	無 ・ 有	薬名等：				
かかりつけの 医療機関	無 ・ 有	内科医：				
		その他：				
体 質	体質について、該当するものに☑をしてください。					
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 熱性けいれん（ 回発症） <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 頭痛を起こしやすい <input type="checkbox"/> ぜん息の症状が出る <input type="checkbox"/> その他（ ）				
発達状況等	発達状況等について、該当するものに☑をしてください。					
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 言葉の遅れがある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 人との関わりが苦手 <input type="checkbox"/> 学習面での不安がある <input type="checkbox"/> 運動面での不安がある <input type="checkbox"/> かんしゃくを起こす <input type="checkbox"/> その他（ ）				
必要な医療的ケア	日常的に必要な医療的ケアについて、該当するものに☑をしてください。					
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口腔、鼻腔内、気管カニューレ内部） <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻胃管） <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他医療行為（ ）				
医療機関から受けたアドバイスや放課後児童クラブに伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。（※些細なことでも構いません。）						

●当該児童の出身園、通学(予定)先の小学校及び関係機関に保育上の留意点の問い合わせを行うことがあります。
●放課後児童クラブ及び関係機関に情報提供をさせていただき、入会にあたって面談を実施する場合がございます。
(※(イ)・(ウ)に該当する方で、初めて放課後児童クラブに入会される方は、必ず面談を実施します。)

以上のことに了承します。

令和 年 月 日

保護者氏名

↑ (ア)のみに該当する方の記入項目は以上です。

学校の状況	通級指導教室(フレンド) ・ 支援学級
障がい者手帳の有無	無 ・ 有 (身体障がい者手帳 級 ・ 精神保健福祉手帳 級 ・ 療育手帳 A ・ B1 ・ B2)
障がいの種別・ 診断名及びその特性等	

【※裏面に続きます。】⇒

療育等の状況	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス等の利用(予定)あり		※利用(予定)ありの場合、事業所名、利用頻度・曜日、利用(予定)開始年月日をご記入ください。												
	・事業所名 ①					②									
	・利用頻度・曜日 ① 週 回(月 回)					曜日 ② 週 回(月 回)					曜日				
	・利用(予定)開始年月日 ① 年 月 日					② 年 月 日									
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス等の利用を検討中														
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス等の利用の予定はない														
	<input type="checkbox"/> その他()														
※以下の設問の回答は、過去に、今回申込先の放課後児童クラブに入会したことがある児童については、任意です。															
保育所等で加配の先生はついていましたか？				はい ・ いいえ											
以下の設問(1),(2)について、該当する項目に ○を、(3)については該当する項目に☑をつけてお答えください。															
(1)お子さんの身の回りのことについて															
①排泄について															
a 自立している															
b たまに失敗する															
c 排泄後の始末に手伝いが必要である ()															
d その他 ()															
②食事について															
a 一人で食事前後の準備や片づけができる															
b 食事の準備や片づけに手伝いが必要である ()															
c 食事に時間がかかる															
d その他 ()															
③衣服の着脱について															
a 一人で着脱できる															
b 何とかできるが時間がかかる															
c 紐・ボタン等で手伝いが必要である ()															
d その他 ()															
(2)お子さんとの意思の疎通について															
①伝え方について															
a 相手に分かるように話すことができる															
b 単語程度を話すことができる															
c 言葉で伝えることが難しい															
d その他 ()															
②理解について															
a 相手の話すことが理解できる															
b 個別に話すことで理解できる															
c 相手の話すことを理解することは難しい															
d その他 ()															
③他のお子さんとの遊びについて															
a 友達と一緒に共通の遊びを楽しむことができる															
b 集団の中にいることはできるが一人遊びが多い															
c 集団の中にいることが難しい															
d その他 ()															
④遊びのルール理解について															
a ルールを守って遊ぶことができる															
b ルール理解はできるが守って遊ぶことが難しい															
c ルール理解は難しい															
d その他 ()															
⑤きまりごとや約束ごとについて															
a 集団生活の決まりや約束事を守って生活できる															
b 個別に繰り返し伝えることで理解はできる															
c 決まりや約束事を理解することは難しい															
d その他 ()															
(3)設問に対して、「はい」または「いいえ」のどちらかに☑をつけてください。「はい」の場合は現在の状態をお教えてください。															
a 周囲の刺激(音・臭い等)が気になりますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()															
b 自傷行為・異食行為等が見られますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()															
c 衝動的に物や人を傷つけることがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()															
d 衝動的に飛び出すことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()															
e こだわり行動はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()															
f パニックになることはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい															
「はい」に☑された方 パニックになったときについて教えてください。															
・どのようなときにパニックを起こしやすいですか？ ()															
・どのような対応で落ち着きますか？ ()															
				↑(イ)・(ウ)のいずれかもしくは両方に該当する方の記入項目は以上です。											