

児童調査票

◎基本事項

ふりがな	いせはら いくなり		生年月日	平成29年4月2日生
児童氏名	伊勢原 育成	(男・女)	電話	自宅 0463-94-4711
現住所	伊勢原市田中348番地		番号	携帯 090-1234-5678
学校学年	伊勢原市立 ○× 小学校 1年組		担任	先生
	支援級 組			先生

日中の連絡先1	氏名(ふりがな) 伊勢原 花子	続柄 母	電話番号	
日中の連絡先2	氏名(ふりがな) 伊勢原 夏雄	続柄 父	電話番号	090-1234-5678

緊急連絡先は、2か所記入してください。

※緊急連絡先としても使用します。

迎えの方法

1 日常的に (父・母・祖父・祖母・その他 ()) が迎えに行く

2 (1) が都合の悪いときは (父・母・祖父・祖母・その他 ()) が迎えに行く

3 その他 ()

※こちらに保護者等(中学生以上)の方を2名以上記入してください。

◎児童の状況

今まで	・ () 幼稚園 <input checked="" type="checkbox"/> 卒園予定 <input type="checkbox"/> 卒園	療育機関 () <input type="checkbox"/> 利用経験あり <input type="checkbox"/> 利用中 → 併用予定(ある・ない)
習い事	・ (火) 曜日 (17時30分 ~ 18時30分) まで (体操教室) ~行く	・ () 曜日 (時 分 ~ 時 分) まで () ~行く
性格	長所 思いやりがあるところ	短所 集中力がないところ
興味を示しているもの、こと	サッカー	
健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 懸念事項がある ()	入院や手術などの大きな病気 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月) →現在も経過観察中ですか
	現在治療中の病気 持病等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 病名) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 →ぜんそく・てんかん・熱性けいれん 心臓病・アトピー・食物アレルギー(卵) その他のアレルギー()
	その他日常留意していること	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	学校の健康診断(就学児童)	<input type="checkbox"/> 健康と診断された ()

食物アレルギーがある場合は、別紙「食物アレルギー調査票」も御提出ください。

各事項を確認し、あてはまる箇所を○でかこみ、必要に応じて () に等級を書いてください。

配慮の必要性の確認

※ 安全にお預かりするため、児童の成長・発達の様子について質問します。該当箇所には○をつけてください。1から4まで全て御確認ください。

- 1 発育・ことば・その他の発達について相談している病院や専門機関
- 2 身体障害者手帳
- 3 療育手帳
- 4 支援級への在籍、進級の予定

○	・	ある	
○	・	ある	(級)
○	・	ある	(級)
○	・	ある	