

家庭状況調査票

ふりがな 児童名		生年月日	
-------------	--	------	--

保護者の状況について

父親の 状況	就労状況	勤務先名称	電話			
		勤務時間	時 分	～	時 分	休日
	家庭状況	<input type="checkbox"/> 単身赴任 (赴任先住所: _____)				
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> いない				
母親の 状況	就労状況	勤務先名称	電話			
		勤務時間	時 分	～	時 分	休日
	家庭状況	<input type="checkbox"/> 単身赴任 (赴任先住所: _____)				
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> いない				

学童保育室利用について

利用希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (週 日)	
希望利用時間	平日	下校時 ～ 時 分
	土曜日	時 分 ～ 時 分
	長期休業等	時 分 ～ 時 分
送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 (児童との続柄: TEL _____)	

申請児童について

保険証の記号・番号	記号	番号		
健康状態	平熱	血液型	型	
	既往歴 予防接種	麻疹 (はしか)	無・有	予防接種: した・しない
		水痘 (水ぼうそう)	無・有	予防接種: した・しない
		おたふくかぜ	無・有	予防接種: した・しない
		風疹 (三日はしか)	無・有	予防接種: した・しない
	アレルギー	無・有 (病名 _____)		
	障がい (疑いを含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (_____)		
		<input type="checkbox"/> 手帳 (_____) <input type="checkbox"/> 医師の診断 <input type="checkbox"/> 支援学級		
	持病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (_____)		
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (_____)		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (_____)			

児童の性格

児童の性格

学童で集団生活をするにあたり連絡しておきたい事項

学童で集団生活をするにあたり連絡しておきたい事項
