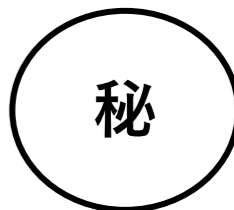


児

童

調



放課後児童クラブ 提出用

記入日 令和 年 月 日

氏 名		性別※	年 齢		生 年 月 日				学 年		組
(ふりがな)			歳	平成	年	月	日	年		組	

現住所	〒	—	※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。							
	電話番号		—	—						

自宅に至るまでの略図

緊急連絡先	優先順位	氏 名 (続 柄)		携 帯 ・ 職 場		電 話 番 号				
				会社名		—	—	—	—	—
1				会社名		—	—	—	—	—
2				会社名		—	—	—	—	—
3				会社名		—	—	—	—	—
4				会社名		—	—	—	—	—

連職 絡 先 場	続柄	会社名	電 話 番 号							
	続柄	会社名		—	—	—	—	—	—	—
続柄	会社名		—	—	—	—	—	—	—	—

※緊急連絡先1～4が、全て携帯の場合に記入して下さい。いずれの緊急連絡先にも連絡がつかない時は、職場の電話番号に御連絡させていただく場合があります。

家 族 状 況	氏 名	続柄	生年月日	勤務先等	備考

平熱は 度 分

かかりつけの医院・医師		連絡先	—	—
・内科……………	[]	連絡先	[]	[]
・外科……………	[]	連絡先	[]	[]
・整形外科………	[]	連絡先	[]	[]
・歯科……………	[]	連絡先	[]	[]
・眼科……………	[]	連絡先	[]	[]
・その他 ()	[]	連絡先	[]	[]

放課後児童クラブに対して保護者からお願いすること（障がい等、特に配慮が必要な場合は、詳細にご記入ください）									
仲の良い友達、よく遊んでいる友達について									
氏 名			学年 組		氏 名			学年 組	
			年 組					年 組	
			年 組					年 組	
子どもの性格・趣味・日常の遊びについて									
子どもの生育歴（既往歴・アレルギーなど）									
【既往歴】									
現在、定期的に通院や治療を受けていますか〔 有 ・ 無 〕									
健康面での留意点があれば具体的に記入してください。（通院や治療していないことでも結構です。）									
【アレルギー】									
食べ物や薬品、花粉などのアレルギーがありますか〔 有 ・ 無 〕									
※有りの場合、以下について記入してください。									
①アレルギー物質 〔 〕									
②最近の発症状況について									
※発症経緯や、その時の症状（皮膚、目、呼吸等）をできるだけ具体的に記入してください。									
③エピペン®（アナフィラキシー補助治療剤）を医師に処方されていますか。〔 有 ・ 無 〕									
※有りの場合 緊急時に放課後児童クラブのスタッフがエピペン®を使用することに同意しますか。									
〔 同意する ・ 同意しない 〕 →保護者名（自署もしくは記名押印） _____									
出身保育園または幼稚園（ _____ ）									
保護者、きょうだいなどの帰宅する時間および定休日									
氏 名			帰 宅 時 間		定 休 日				
総括支援員・主任支援員の所見（この欄は記入する必要はありません）									

保護者よりお預かりしたお子様の個人情報とそれに関わる情報は放課後児童クラブ事業のみに使用いたします。

児

童

調

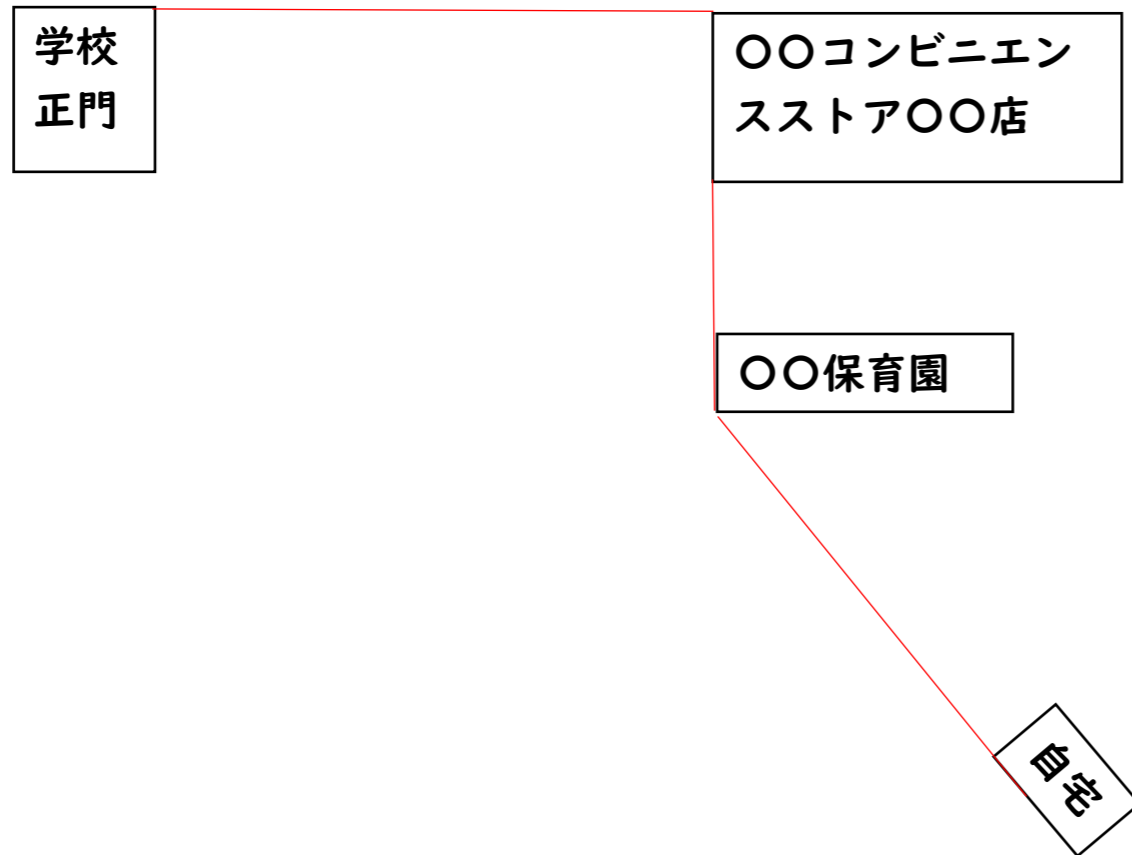
秘

放課後児童クラブ 提出用

記入日 令和 6 年 1 月 11 日

氏名	性別※	年齢	生年月日	学年	組
(ふりがな) てんじん はなこ	女	6 歳	平成 29 年 7 月 1 日	1 年	2 組
天神 花子					
〒 810 - 8621	※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。				
現住所	福岡市〇区〇〇町 1-3 (〇〇マンション303号室)				
	電話番号	000	-	000	- 0000

自宅に至るまでの略図



学年は、新年度入会の書類で来年度クラスが不明の場合は組は空欄、学年は来年度の学年を記載してください。

地図画像を貼り付けて印刷したり、地図を印刷した紙をのりで貼っても問題ありません。

優先順位	氏名 (続柄)	携帯・職場いずれかに○をしてください。※職場の場合は会社名を記載してください。	電話番号
1	天神 一男 父	会社名	000 - 0000 - 0000
2	天神 和子 母	会社名 〇〇会社	000 - 000 - 0000
3	天神 一男 父	会社名 〇〇会社	000 - 000 - 0000
4	天神 一子 祖母	会社名	000 - 0000 - 0000
連絡先場	続柄 父	会社名 〇〇会社	000 - 000 - 0000
	続柄 母	会社名 〇〇会社	000 - 000 - 0000

緊急連絡先1~4の中に保護者の職場連絡先を記載した場合は、職場連絡先欄への記載は不要です。

※緊急連絡先1~4が、全て携帯の場合に記入して下さい。いずれの緊急連絡先にも連絡がつかない時は、職場の電話番号に御連絡させていただく場合があります。

氏名	続柄	生年月日	勤務先等	備考
天神 一男	父	H2.3.3	〇〇会社	同居している家族全員分を記載してください。学生や保育園児、幼稚園児の場合、どこの学校、園に通学、通園しているか、学年も記載してください。(新年度入会書類の場合、予定)
天神 和子	母	S62.5.1	〇〇会社	
天神 愛子	姉	H24.3.3	〇〇中学校 1年	
天神 花	妹	R2.6.1	〇〇保育園 年少	

平熱は 36 度 3 分

平熱を記載し、かかりつけの医院、医師がある場合は、病院名、医師名(いない場合は必要ありません。)、連絡先を記載してください。

かかりつけの医院・医師

・内科	〔 〇〇内科、〇〇先生 〕	連絡先	〔 000 - 000 - 0000 〕
・外科	〔 なし 〕	連絡先	〔 - - 〕
・整形外科	〔 なし 〕	連絡先	〔 - - 〕
・歯科	〔 〇〇歯科 〕	連絡先	〔 000 - 000 - 0000 〕
・眼科	〔 〇〇眼科 〕	連絡先	〔 000 - 000 - 0000 〕
・その他 ()	〔 なし 〕	連絡先	〔 - - 〕

放課後児童クラブに対して保護者からお願いすること（障がい等、特に配慮が必要な場合は、詳細にご記入ください）

下にも書いたが、卵アレルギーがあるため、おやつを提供時等は十分気を付けてほしい。

放課後児童クラブに対して依頼することがある場合、記載してください。

仲の良い友達、よく遊んでいる友達について

氏名	学年	組	氏名	学年	組
福岡 愛子	1	3組			
仲の良い児童を記載してください。					
	年	組		年	組

子どもの性格・趣味・日常の遊びについて

・明るい性格で、正義感が強く、間違っことは嫌いです。自分の気持ちをうまく言葉で説明できずに感情的になることがあります。
・絵本を読むことが好きです。
・自宅では、姉とお絵描きをして、遊んでいます。

お子様の性格、趣味、日常の遊びについて記載してください。

子どもの生育歴（既往歴・アレルギーなど）

定期的に通院や治療を受けているか該当するものに○をし、どちらであっても健康面での留意

【既往歴】

現在、定期的に通院や治療を受けていますか〔有・無〕

健康面での留意点があれば具体的に記入してください。（通院や治療していないことでも結構です。）

喘息を持っています。症状は、日常的には出ませんが、突発的に出る可能性があります。最後に発症したのは3歳の頃です。

アレルギーの有無について該当するものに○をし、有の場合、アレルギー物質、最近の発症状況についてを記載してください。

【アレルギー】

食べ物や薬品、花粉などのアレルギーがありますか〔有・無〕

※有りの場合、以下について記入してください。

①アレルギー物質

卵

②最近の発症状況について

※発症経緯や、その時の症状（皮膚、目、呼吸等）をできるだけ具体的に記入してください。

令和5年4月に誤ってアレルギー物質が入ったものを食べてしまい、呼吸困難になり、緊急搬送されました。

③エピペン®（アナフィラキシー補助治療剤）を医師に処方されていますか。〔有・無〕

※有りの場合 緊急時に放課後児童クラブのスタッフがエピペン®を使用することに同意しますか。

〔同意する・同意しない〕

→保護者名（自署もしくは記名押印）

天神 一男

出身保育園または幼稚園（〇〇保育園

児童の通っていた保育園、幼稚園を記載してください。）

保護者、きょうだいなどの帰宅する時間および定休日

氏名	帰宅時間	定休日
天神 一男	17:00	土日祝
天神 和子	18:00	不定休（シフト制）

総括支援員・主任支援員の所見（この欄は記入する必要はありません）

この欄は記載する必要はありません。