

放課後児童クラブ 入会児童の保健調査票

記載例

フリガナ	ニッコウ スギオ		放課後児童クラブ名		〇〇〇児童クラブ	
児童氏名	日光 すぎ夫					
生年月日	令和XX年 4月 4日	かかりつけ の病(医)院	内科	〇〇小児科	電話番号	××-××××
血液型	A型		外科		電話番号	
平熱	36 度 5 分		アレルギー科	△△病院	電話番号	◇◇-◇◇◇◇

☆この調査は、放課後児童クラブで児童を安全にお預かりするための大切な調査です。

できるだけ正確かつ詳細にご記入ください。

1. 児童の健康状態についてお尋ねします。

ことば・視力・聴力で気になることはありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	【具体的な内容や時期等】
鼻汁が出やすいですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
おなかの調子が悪くなりやすいですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
貧血を起こしたり、運動後に息苦しそうな時がありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
熱がないのに“ひきつけ”たことがありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
ここ数年で、“じんましん”が出たことがありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
ここ数年で、喘息の発作を起こしたことがありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	
発熱や気分が悪くなりやすいですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	

3年前に一度喘息の発作を起こしました。その後はありません。

2. 今までにかかった主な病気とその年齢・予防接種の有無についてお尋ねします。

麻疹（はしか）	かかった（	才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）
風疹（三日はしか）	かかった（	才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）
おたふくかぜ	<input checked="" type="radio"/> かかった（	5才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）
水痘（みずぼうそう）	<input checked="" type="radio"/> かかった（	3才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）
ポリオ	かかった（	才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）
百日ぜき	かかった（	才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）
ジフテリア	かかった（	才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）
結核・小児結核	かかった（	才）	<input checked="" type="radio"/> かかってない	（予防接種（BCG）	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未済	）

3. アレルギーについてお尋ねします。※児童クラブではおやつの提供があります。正確に記入してください。

食物アレルギーはありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	具体的なアレルギー内容
薬や注射のアレルギーはありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
アレルギー性の病気にかかりやすいですか（花粉症など）	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	

⇒(上記に「はい」と答えた方のみ)学校に『学校生活管理指導表』を提出していますか いいえ はい

※学校に『学校生活管理指導表』を提出している場合は、そのコピーを児童クラブにも提出してください（この申請書に添付してください）。なお、保護者がコピーを用意できない場合は、学校から児童クラブへコピーを提供することに同意しますか → 同意します はい 同意しません

アレルギーの症状やその対処方法・気をつけることがあれば記載してください。

卵、エビの入っているものを口にすると発疹が出ます。おやつは完全除去か代替おやつをお願いします。発疹が出た場合は内服薬を飲ませ、保護者に連絡をお願いします。

4. その他児童の心身の状態について、特に知らせたい事がありましたらご記入ください。

健康状態で気になること・支援員や児童クラブで配慮して欲しいこと・常に服薬している薬があればその内容と摂取方法・障がい等がある場合はその概要・特別支援学級入級の有無等
特にありません。

5. その他

児童の学校での様子や健康状態等を把握するため、保育課と学校教育課（小学校含む）、その他関係機関間で、児童の情報の交換を行ってもよろしいですか。	
<input checked="" type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない	保護者氏名 日光 仮面 (必ず自署してください)

※入会申請に係る個人情報は、放課後児童クラブ運営の目的以外には使用いたしません。