

# 児童票

(ふりがな)		性別	血液型	平熱	生年月日
児童氏名		男・女	型	度	年 月 日(満 歳)
緊急連絡先					
氏名		続柄	電話番号(個人携帯)	電話番号(職場名) ※希望者のみ	
第1				TEL: 職場名( )	
第2				TEL: 職場名( )	
第3				TEL: 職場名( )	
◎大病をしたことがありますか		無・有 (病名 )			
◎持病はありますか		無・有 ( )			
◎定期的通院		無・有 ( )			
◎健康状態で気になること、配慮等 (服用中のお薬等がある場合は要記入)					
◎アレルギーはありますか		無・有 ( ) 《対応》			
◎エピペン所持の有無		無・有 ( ) 《対応》			
◎除去食の必要性		無・有 ( ) 《対応》			
◎普段の生活や友達関係等 (支援員に知っておいてほしいこと)					
◎その他連絡事項等 (支援員に知っておいてほしいこと)					
◎発達支援の利用歴		無・有 (親子教室・療育支援・発達支援保育・特別支援・訓練・検討中 )			
◎特別支援を要する場合は、その状況 をご記入下さい。		診断名( ) ○療育手帳(有・無) ○身体障がい者手帳(有・無)( 級)			
○ <u>自宅周辺略図</u>					