

(表面)

児童状況書

※学童クラブ使用欄

No.

※ 該当するものすべてに○印又は☑を付けてください。

フリガナ氏名		男・女	生年月日	年 月 日
--------	--	-----	------	-------

小学校名		学年	
------	--	----	--

この書類の記載内容について、後日確認させていただくことがあります。その場合の御連絡先を記入してください。
お名前 (続柄) 電話番号 (自宅・携帯)

体 質 ・ 既 往 歴

平熱 (度 分)

はしか ふうしん 水ぼうそう おたふくかぜ (すべて予防接種済みのものを含む) てんかん
その他 (偏頭痛・胃腸が弱い・便秘症・冷え性・慢性中耳炎・蓄膿症・低血圧・鼻血が出やすい・疲れやすい等)
 ()

アレルギーがありますか 無 有 (食物、花粉、ハウスダスト、ぜんそく、アトピー性皮膚炎など)
 アナフィラキシーの既往はありますか 無 有 エピペン[®]は処方されていますか 無 有
 アレルゲン (アレルギーを引き起こす物質)は何ですか。具体的に記入してください。
 ()
 アレルゲンに触れた (食べた) とき、どのような症状が出ますか。
 ()
 おやつで食べられないものはありますか (卵、牛乳、小麦、ピーナッツなど)。
 ()

かかりつけ医 (内科・歯科・眼科・耳鼻科など)

[名称]	[名称]	[名称]
(科)	(科)	(科)
[電話]	[電話]	[電話]
[通院頻度]	[通院頻度]	[通院頻度]

診断名・常時服薬等

診断名		
常時服薬		

入院歴や持病などがありましたら、具体的に記入してください。
 ※ 入院歴や病気歴、大きな手術、体質や体力上の留意点、食生活についての留意点など

性 格 ・ 特 徴 (該当するものすべてに☑)

社交的 人見知り マイペース 人なつこい 面倒見が良い
器用 不器用 楽天的 神経質 責任感がある
几帳面 大ざっぱ 感情の起伏が激しい 自分の気持ちを表現することが苦手
明るい 片付けができない 落ち着きがない パニックを起こすことがある
先の見通しをつけることが苦手で不安になる 同じことを何度も繰り返すことがある
特定の音や匂い、触覚などの刺激に極端に敏感である 注意が移りやすい 忘れ物が多い
自分なりの独特な日課や手順があり、変化や変更が苦手である 自傷行為がある
文字や数字の理解、運動など、ある一つのことに関して極端にできない 他害行為がある
特定の物事に執着 (こだわり) がある (何に対してですか⇒)
癖がある (どんな癖ですか⇒)

成 育 歴

都道府県	区市町村	保育園・幼稚園	歳～	歳
都道府県	区市町村	保育園・幼稚園	歳～	歳
子ども発達センターなどの通所訓練施設や療育機関への通所歴	[施設名・教室名]		歳～	歳
			歳～	歳

習 い 事 等

曜日	時間	時 分	内容
曜日	時間	時 分	内容

(裏面)

チェック欄		日常生活の様子 (該当するものすべてのチェック欄に☑)	自由記入欄			
聞 く	<input type="checkbox"/>	相手の話を理解して聞くことができる				
	<input type="checkbox"/>	個別に目を見てゆっくり話す理解できる				
	<input type="checkbox"/>	聞き違いや聞き漏らしが頻繁にある				
	<input type="checkbox"/>	集団全体へ向けた指示は理解できないことがある				
	<input type="checkbox"/>	聞いたことを覚えておくことが苦手				
	<input type="checkbox"/>	話しかけられても表情の変化が乏しく、聞いているのかどうかかわからない				
話 す	<input type="checkbox"/>	普通に話せる				
	<input type="checkbox"/>	相手の立場や気持ちを考えず、突然又は一方的に話してしまう				
	<input type="checkbox"/>	思いついたまま話を続け、内容がまとまらない				
	<input type="checkbox"/>	言いたいことをどう表現したらよいかかわからない				
	<input type="checkbox"/>	話すことに自信がない				
	<input type="checkbox"/>	単語を羅列する又は短い文を組合せて表現する				
あ そ び	<input type="checkbox"/>	友だちとあそぶことができる				
	<input type="checkbox"/>	声をかけてもらえれば集団あそびができる				
	<input type="checkbox"/>	友だちとあそぶことができるが取り残されがち				
	<input type="checkbox"/>	ルールや順番を守れない				
食 事	<input type="checkbox"/>	1人で食べられる				
	<input type="checkbox"/>	偏食が著しい、食べられるものが極端に限られる				
	<input type="checkbox"/>	食事中に立ち歩いたり、あそび食べをすることがある				
	<input type="checkbox"/>	自分で食べることは難しく、援助が必要				
排 泄	<input type="checkbox"/>	1人ですべてできる(排便・排尿ともに)				
	<input type="checkbox"/>	排便について援助が必要		<input type="checkbox"/> 1人でほぼできるが、援助が必要なことがある		
	<input type="checkbox"/>	排尿について援助が必要		<input type="checkbox"/> 1人でできないが、知らせることができる		
	<input type="checkbox"/>	排便・排尿ともに援助が必要		<input type="checkbox"/> オムツを着用している		
※ 学童クラブでの生活において留意して欲しいこと等がありましたら記入してください。						
発 達 に つ い て	<input type="checkbox"/>	就学時健康診断やその他健診(3歳児健康診査やWISC検査等)などで、お子さんの発達について医師や保健師等に相談をした、又は指摘されたことがある 指摘された内容を差し支えない範囲で具体的に記入してください。				
	<input type="checkbox"/>	お子さんの病気やことば、発達について、相談している病院や専門機関がある 病院・専門機関名(例: 児童相談所・子ども家庭支援センターすこやか・保健センター・医療機関)				
就 学 相 談	<input type="checkbox"/>	お子さんの学校や学級について、教育相談所へ相談している (通級・特別支援学級、特別支援学校)				
障 害 に つ い て	<input type="checkbox"/>	知的障害や発達障害の心配がある	申請時に手帳の写しを添付してください。			
	<input type="checkbox"/>	知的障害		<input type="checkbox"/> 広汎性発達障害(アスペルガー・自閉症等)		
	<input type="checkbox"/>	多動性障害		<input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害(ADHD)	<input type="checkbox"/> 学習障害(LD)	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳をもっている (級)				
<input type="checkbox"/>	愛の手帳(療育手帳)をもっている (度)					
<input type="checkbox"/>	精神障害保健福祉手帳をもっている (級)					
障害名(部位)を記入してください。						
【中心になって援助している人は誰ですか】 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()						