

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	曜日
	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	曜日
	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

希望利用 時間	平日	下校時 ~ 時 分
	土曜日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (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
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (_____) → <input type="checkbox"/> その他アレルギー (_____)	
		アレルギー発症時の症状や対応、薬服用・エピペンの有無など詳しくご記入ください。	
	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

--

学童で集団生活をするにあたり連絡しておきたい事項

--