

児童票

(緊急時連絡票)

記入日: 年 月 日

1 児童情報

ふりがな 氏名		性別	生年月日	年 月 日
		男・女	所属	小学校組 年 組
世帯状況	氏名等		勤務・通学・通園先等	
	(才)続柄()			
	(才)続柄()			
	(才)続柄()			
	(才)続柄()			
	(才)続柄()			
	(才)続柄()			
かかりつけ医等 (任意)	名称:		電話番号	
	名称:		電話番号	

※医療的ケアの必要なお子様は、必ず「かかりつけ医」をご記入ください

2 緊急連絡先及び送迎者等

優先 順位	送迎の 有無	氏名	続柄 (関係)	同居の 有無	連絡先 登録	連絡先 (左記「連絡先登録」有の場合、記入)		
1	有 無			有 無	有 無	個人	電話	
							メール	
							勤務先	電話
2	有 無			有 無	有 無	個人	電話	
							メール	
							勤務先	電話
3	有 無			有 無	有 無	個人	電話	
							メール	
							勤務先	電話
4	有 無			有 無	有 無	個人	電話	
							メール	
							勤務先	電話
5	有 無			有 無	有 無	個人	電話	
							メール	
							勤務先	電話
6	有 無			有 無	有 無	個人	電話	
							メール	
							勤務先	電話

※お仕事の都合などで、日中の電話対応が難しい場合は、電話番号、メールアドレスの両方をご記入
ください。記載いただいた方は、場合によって、メールで連絡させていただきます

※同居の方の連絡先は、原則必須です(同居家族の方以外の連絡先の記入は任意です)

裏面あり⇒

(健康・生活状況申告票)

お子さまを安全にお預かりする際の参考となりますので、必ずご記入ください。

1 生活状況について

(1)食事、排泄、着脱衣等の日常生活動作を自力で行うことができますか。

できる ・ 部分的に介助（介助の内容： ） ・ 全て介助

(2)介助を求めることなく、集団生活をおくることができますか。

できる ・ 部分的に介助（介助の内容： ） ・ 全て介助

2 健康状態について

(1)お子さまの平熱をお答えください。()度 (2)お子さまの血液型をお答えください。()型

(3)食物アレルギーはありますか。ある場合、自己注射薬(エピペン®)の処方を受けていますか。

いいえ ・ はい（原因物質： ） → 自己注射薬（ 無 ・ 有 ）

(4)食物以外のアレルギーはありますか。

いいえ ・ はい（原因物質： ）

(5)慢性疾患はありますか。ある場合、小児慢性特定疾病の認定を受けていますか。

いいえ ・ はい（疾病名： ） → 小児慢性特定疾病の認定（ 無 ・ 有 ）

※小児慢性特定疾病の認定を受けている場合は、受給者証等の写しをご提出ください

(6)発達障害の診断を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい

診断名：	診断日： 年 月 日
診断機関名：	

※「はい」の場合は、診断書等の写しをご提出ください

(7)身体障害者手帳、療育手帳、又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。

いいえ ・ はい

手帳の種類：	手帳	等級・程度：
--------	----	--------

※「はい」の場合は、手帳の写しをご提出ください

※「2」の(6)、(7)いずれかで「はい」と回答した方のみお答えください

3 障がいのあるお子さまの状況について

(1)小学校からこどもルームへの移動に介助が必要ですか。

いいえ ・ はい（介助の内容： ）

※支援員による介助は、お子様の状況等を勘案し、実施可能かどうか判断します。必ずしも実施できるものではありません

(2)医療行為(経管栄養やたんの吸引等)が必要ですか。

いいえ ・ はい（医療行為の内容： ）

※医療行為が必要な場合は、別紙「医療的ケアに関する主治医意見書兼指示書」(医師が記入したもの)をご提出ください

※こどもルームの支援員は医療行為を行えないため、こどもルームでの生活に障がある場合は、お子さまを安全に受け入れる体制が整うまで、入所できないことがありますので、ご了承ください

4 お子さまの生活面や健康面で気になること、伝えたいこと等がありましたらご記入ください。

(例)負けず嫌い、夢中になると周りが見えなくなるときがある、鼻血が出やすい など

※記入内容が、入所審査に影響を与えることはありません