

# 児童の状況確認票

学童名	学童保育園	学年/組	年	組
児童氏名				

学童保育園という集団生活でお子さまを安全にお預かりするため、こちらの記載内容を支援員へ伝えます。健康状態や気になる事項は、もれなくご記入ください。 集団生活が困難な場合や障がい等がある場合は、児童の状態や園の体制により対応できない場合がありますので、必ず担当課へご相談ください。事前の相談がなく、入園許可後に集団生活が困難で園の安全な運営に支障をきたす場合は、許可を取り消す場合があります。

手帳等の所持について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→お持ちの手帳全てのコピーを添付し、以下記入ください。	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（障がいの内容：_____、等級_____級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書（等級_____級） <input type="checkbox"/> その他（_____）	
今までに相談したことのある機関 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→以下に詳細を記入ください。	
相談内容：_____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 児童療育室（ひまわりルーム） <input type="checkbox"/> こども家庭センター <input type="checkbox"/> こども園・保育所 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 総合教育センター <input type="checkbox"/> その他（相談先機関名：_____）	
かかりつけ医を記入ください。	
内科：_____ 歯科：_____ 整形外科：_____ その他：_____	
児童の生活状況について	自由に会話ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→具体的に記入ください。 ( _____ )
	一人で排泄ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→必要な支援を具体的に記入ください。 ( _____ )
	一人で食事ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→必要な支援を具体的に記入ください。 ( _____ )
	アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →アレルギーや必要な対応を具体的に記入ください。 ( _____ )
	その他、気になること（持病・薬の服用など） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→具体的に記入ください。 ( _____ )
※支援員は投薬等を行いません。状況により別途書類の提出をお願いする場合があります。	