

# 児童の状況確認票

(※児童1人ごとに1枚提出ください)

学童名	北条 学童保育園	R6 学年	1 年
児童氏名	加西 そら		

学童保育園は集団生活となるため、通園する学童の支援員に伝えておきたい児童の心身の状態について、詳しくご記入ください。集団生活が困難な場合や障がい等がある場合は、児童の状態や現在の園の体制により対応できないこともありますので、必ず申込時に担当課までご相談ください。

なお、前もって相談がなく、入園許可後に集団生活が困難であると分かり、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もあります。 **本資料は学童保育園入園の審査及び児童の生活支援のみに使用し、厳重に保管します。**

<b>【1年生のみ】入学前の通園施設（こども園など）について</b> <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→以下に園名等を記入	
園(施設)名： <b>北条ならの実こども園</b>	※市外の場合のみ所在地→ 都道府県 市区町村
<b>特別な支援の必要性について、以下に該当する項目が</b> <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある→該当欄全てに✓し、詳細記入	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（障がいの内容：_____、等級_____級）	手帳お持ちの場合は コピーの添付要
<input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2）	
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書（障がいの内容：_____、等級_____級）	※障がいや特性をもつ児童等に、日常生活の動作や社会性の習得を支援する施設。
<input type="checkbox"/> 特別支援学級在籍(予定) →〔 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自情 <input type="checkbox"/> その他：_____〕	
<input checked="" type="checkbox"/> 入学前の通園先（こども園等）では、加配の先生が_____	
<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(※)を利用中(検討中)である〔施設名：_____、利用予定日：月・火・水・木・金・未定〕	
<input checked="" type="checkbox"/> その他 <b>集団生活での本人の困りごとを把握するため、総合教育センターや小学校へ随時相談している。</b>	
<b>★かかりつけ医を記入ください</b>	
内科： <b>かさい内科</b> 歯科： <b>かさい歯科</b> 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→具体的な様子や必要な支援を記入ください。 〔 <b>日常の会話は問題ないが、友達とのトラブルになったときに我慢しがちで、手が出やすい。</b> 〕
	一人で排泄ができる <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ→具体的な様子や必要な支援を記入ください。 〔 <b>遊びに夢中になると、トイレが間に合わないことがある。</b> 〕
	一人で食事ができる <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→具体的な様子や必要な支援を記入ください。 〔 〕
	★アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり →アレルゲンや症状、必要な対応を記入。 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーあり 〔 <b>卵（検査済）……口の周りやまぶたが腫れる→除去対応</b> <b>牛乳（検査済）…検査結果ではアレルゲンとなる数値だったが、症状がないため対応不要</b> <b>花粉症（検査なし）…充血やかゆみがあるときは、目薬を使用</b> ※アレルギーについては、入園決定後、登園までに必ず支援員と直接ご相談いただきますようお願いいたします。〕
	★その他、支援員に伝えておきたいこと <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→具体的に記入ください。 (*持病、薬の服用、平熱が高い、じんましんが出やすい等の体調面や精神面で気になることなど) 〔 <b>2-3月頃は花粉症のため目薬を持参することがあります。</b> 〕 ※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。〕
<b>★印の記載内容について、学童保育中の緊急時対応に活用するため、消防機関・医療機関等と共有することに</b> <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません    保護者氏名 <b>加西 根日女</b>	