児童の状況確認票

(※児童1人ごとに1枚提出ください)

希望学童名	北条 学童保育園	R7 学年	1 年
児童氏名	加西 ねひめ		

学童保育園は集団生活となるため、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。集団生活が困難な面がある・障がい等が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

記入例

なお、前もって相談がなく、入園許可後に集分かり、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。

【1年生のみ】入学前の通園施設(こども園・児童発達支援施設など)について ※全て記入ください

- ①園(施設)名: 利用なし **北条ならの実こども園** 加西市内・市外→ 都道府県 市区町村
- ②園(施設)名: 利用なし **わかあゆ園** 加西市内・市外→ 兵庫 都道府県 加東 市区町村

支援の必要性について、以下に該当する項目の有無 ※該当する全てに✓し、必要事項を記入ください

- 手帳等に該当する障がいがある ※手帳・証書等をお持ちの場合はコピーを添付してください
- (身体障害者手帳 療育手帳 特別児童扶養手当証書 その他: _____)
- 特別支援学級(在籍中・在籍予定) → [知的 自情 その他: _____]
- 入学前の通園施設(こども園等)では、加配の先生がついている(「ついていたことがある」場合含む)
- 放課後等デイビス(※)を(利用中・検討中) [決定時期: R 7 年 2 月頃]
- [希望施設名: ●●●●●●●●●●、利用希望日数: 週 2 回 → 月・火・水・木・金 未定]
- その他の相談先等がある **言葉の発達に不安があることがあり、児童療育室へ継続的に相談している**

※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のための訓練・支援をする施設

★かかりつけ医を記入ください

内科: 小児科 歯科: デンタルクリニック 整形外科: 整形 その他: 耳鼻科

児童の生活状況について

- 自由に会話ができる はい いいえ → 具体的な様子や必要な支援を記入ください。
 [**慣れない環境では、自分の思いを言葉にするのが難しい**]
- 一人で排泄ができる はい いいえ → 具体的な様子や必要な支援を記入ください。
 [**トイレに行ければ問題ないが、「行きたい」ことを言えず時々間に合わないことがある**]
- 一人で食事ができる はい 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 なし あり → アルゲンや症状、必要な対応を記入。※アナフィラキシー **(有・無)**
 [**卵(検査済)……口の周りや脛が腫れる → 除去対応**
小麦(検査済)……呼吸困難の経験があり、エピペンを常時携帯している
 ※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 なし 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)
 [**疲れると蕁麻疹が出やすい。症状により塗り薬を持参する場合があります。**]

※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。

★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

同意します 同意しません

保護者氏名 加西 みどり