

生活調査票

以下の内容について記入及び選択をしてください。

ふりがな			性別	生年月日（和暦）	
児童氏名			男・女	平成	年 月 日
学校名	学校	学年	年	平熱	度 分
電話番号	① (続柄:)		② (続柄:)		
身体について	現在治療中の病気及び既往症の有無				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名: 内容:)				
	医師から指示されていること及び継続的な投薬の有無				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)				
	食物アレルギーの有無				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・品目:				
	エピペン使用の有無				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・除去している食物:					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・症状(湿疹、アナフィラキシー等):					
その他身体の特徴					
<input type="checkbox"/> 発熱しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> ひきつけを起こしやすい					
<input type="checkbox"/> ぜん息の発作を起こしやすい <input type="checkbox"/> 骨折しやすい(箇所:)					
<input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 脱きゅうしやすい(箇所:)					
生活について	癖その他の特徴的な行動及び心身の発達面で心配になっていることの有無				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)				
	特別支援学級に在籍又は在籍予定の有無				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (知的・情緒・言語・難聴)				
	定期的に利用する療育施設の有無				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・施設名:				
	障害者手帳等の有無				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・利用頻度: 月・週 に()日程度通っている。					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・利用曜日: 月・火・水・木・金					
興味のあること					
習い事		名称	曜日	時間	
				時 分～	時 分
				時 分～	時 分
その他	食物アレルギー又は宗教上の理由によりおやつとして提供してはいけない物があれば記入してください。				
	その他児童クラブ内における生活について注意する点などがあれば記入してください。				