児童健康等生活調査票

児童名	記入者

児童クラブ	保育園・幼稚園名 （入会時、1年生の児童のみ）	

① 就学時健康診断について（新規入会児童のみ）

☐ 受診した ⇒
☐ 受診していない
☐ 今後、受診予定

その際何か気をつけるように
言われたことはありますか?

② 最近ケガ・病気等で病院にかかったことがありますか。

☐ ある ⇒
☐ ない

それは、どんなことですか?

③ 持病等で継続して服用している薬はありますか。 ※クラブでの投薬は行えません。

☐ ある ⇒
☐ ない

それは、どんな薬ですか?
薬を服用するのはいつですか？

④ 食物アレルギーはありますか。

☐ ある ⇒
☐ ない

その食物は何ですか? 児童自身で除去できますか？
摂取すると、どんな症状になりますか?

⑤ 体温について

平熱は　　度　　分

⑥ 視力・聴力で、気になることはありますか。

☐ ある ⇒
☐ ない

どんなことですか?

⑦ ひとりで衣服の脱ぎ着ができますか。 ☐ できる ☐ できない

⑧ ひとりでトイレに行って一人で用をたせますか。（大便の際、介助が必要ですか。） ☐ できる（必要でない） ☐ できない（必要である）

⑨ ひとりでご飯が食べられますか。（介添えが必要ですか。） ☐ 食べられる（必要でない） ☐ 食べられない（必要である）

⑩ 性格等について

長所	短所

⑪ 好きな遊びは何ですか。

⑫ 集団生活上の心配事や児童クラブで配慮してほしいことはありますか。

〇性格面や運動面を含めて、児童クラブで過ごす上で心配なこと、配慮してほしいことを教えてください。

〇発達について保育園・幼稚園・すくすく子育て課、医療機関からアドバイス等を受けたことがある、または、相談している（した）ことはありますか。

☐ あり（以下、ご回答ください） ☐ なし（以下、回答不要です）

☐ 保育園 ・ 幼稚園 ・ すくすく子育て課など
具体的な内容（　　）

☐ 医療機関（医療機関名：　　）
☐ 診断あり（症状・診断名：　　） ☐ 診断なし

☐手帳の交付を受けていますか ☐ はい（手帳名：　　） ☐ いいえ

☐現在、児童発達支援や放課後等デイサービスなどの療育サービスを利用していますか。
または、今後利用の予定がありますか。

☐ 利用中（事業所名：　　） ☐ 利用の予定あり ☐ 利用の予定なし

※ 児童クラブ入会後の生活を安心して過ごせるように、できるだけ状況を詳しくご記入いただきますよう、ご協力ください。

2024.10