

調査票

この調査票は、児童の保育上注意しなければならないこと等について事前にお尋ねするものです。
該当する項目にチェックをつけるか、必要事項を記入してください。

児 童 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
学 童 保 育 所 名	学童保育所	出 身 保 育 施 設 等	

○ お迎えについて

1	お迎えに来る人	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()
2	お迎えに来る時間	通常 時 分頃

○ 滞納の有無

3	学童保育料滞納の有無	☐ なし ☐ あり (滞納額:) 滞納がある場合は、申請日までに必ず納付してください。納付が確認できない場合、個別にご連絡させていただきます。
---	------------	---

○ 健康状態等について

3	今までにかかった病気・事故	☐ なし ☐ あり (病名:)
4	健康状態等で心配なこと	☐ なし ☐ あり (具体的に) ☐ 言葉や発達のことで、相談をしたり指導を受けたりしたことがある 【場所: 】で【 】について
5	集団生活で心配なこと	☐ なし ☐ あり (具体的に)
6	現在行っている治療・通院・療育状況	☐ なし ☐ あり (歳 ヶ月のときから) (医療機関または療育施設名) (現在の状況 ☐ 治療・通院・療育を続けている ☐ 続けていない) (通院・療育は、年 回、月 回、週 回、不定期)
7	服用中の薬について	☐ なし ☐ あり (1日 回、朝・昼・晩)⇒(薬名) ※学童保育所では、投薬・薬の管理等は行いません。
8	けいれん	☐ なし ☐ あり (歳の時) けいれん時の発熱 ☐ なし ☐ あり(. ℃) 過去に治療を ☐ 受けていない ☐ 受けている
9	手帳等について	☐ なし ☐ あり 【 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳】 ※手帳の写しの添付をお願いします。
10	食物アレルギー	☐ なし ☐ あり 原因物質 ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ えび ☐ かに ☐ 落花生 ☐ そば ☐ くるみ ☐ その他() 発症した時期 (年 月ごろ) 発生した状況と症状 () アナフィラキシーショック ☐ なし ☐ あり・原因物質() 処方薬 ☐ なし ☐ あり【薬名 ☐ エピペン ☐ その他()】
11	(その他、気になることがあれば記入してください)	

○ 個人情報に関する同意について

この調査票に記載した情報を葛城市および当該児童の保育を実施する施設で共有いたします。
また障がい等により特に配慮が必要であると認められる児童について、入所審査に当たり、必要に応じて教育委員会、保育所、幼稚園、小学校及びその他関係機関から障がいの程度や児童の生活状況等を把握させていただきます。

上記内容について承諾しました。

記入日： 年 月 日

保護者氏名： _____