

令和6年度 児童 票

クラブ名	クラブ						
ふりがな				性別	男・女	血液型	型
児童氏名				性別	男・女	血液型	型
生年月日	平成 年（西暦）	月	日	平熱	℃		
住 所							
電 話							
健康状態	①慢性的な病気や発達上の事で入院または通院したことがありますか 【 ある・ない 】						
	・病名( ) ・病院( )						
	・期間( )						
	・現在、服薬の必要がありますか 【 ある・ない 】						
②障害に関する手帳の有無 【 有・無 】 手帳名( )							
③上記の手帳をお持ちでない方で、発達相談、就学相談、手帳取得等のため、保健センター、教育センター、児童相談所などに相談等されたことはありますか 【 ある・ない 】							
予防接種の有無		麻疹・水痘・おたふく・風疹・ポリオ・四種混合・日本脳炎・BCG					
アレルギー	食べ物や薬等に対するアレルギーがありましたらご記入ください ※エピペンの有無 【 有・無 】						
緊急時の病院	緊急時にクラブから搬送してほしい病院がありましたらご記入ください						
	診療科目	病院名			電話番号		
緊急連絡先(優先順位)	氏 名	続柄	連 絡 先		電 話		
	①		職場( )・携帯・自宅				
	②		職場( )・携帯・自宅				
	③		職場( )・携帯・自宅				
	④		職場( )・携帯・自宅				
同居していない親族(祖父母など)でお迎え可能な方が居る場合は記入	氏 名	続柄	住 所		電 話		
週 の 生 活(習い事など)	月曜日		火曜日		水曜日		
	木曜日		金曜日		その他		
定期欠席	月	火	水	木	金	土曜保育の利用	有・無
そ の 他	クラブに知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください						

※裏面もあります。

# 自 宅 案 内 図

学校から自宅までの経路とクラブから自宅までの経路を朱線で示してください。

(自宅から学校まで徒歩 分)

(自宅からクラブまで徒歩 分)