

令和2年度 ハッピー富士見児童クラブ調査票（表）

記入例
 一郎

学校名	磐田 小学校	学年	4 年	フリガナ 児童名	イワタ 磐田
-----	--------	----	-----	-------------	-----------

1 帰宅方法（○を付ける）

(1) 迎え 迎えに来る人（ 母、父方祖父 ） (2) ひとりで帰る

※児童クラブの閉所時刻は午後6時（延長利用者：午後7時）です。お迎えの場合は午後5時45分（延長利用者：午後6時45分）を目安にし、午後6時を超えないようにお願いします。

2 利用日（保護者等の仕事が休みの日は、児童クラブを利用できません。）

	月	火	水	木	金
出欠(○・×)	×	○	○	×	○
保護者等休日	母休日				
その他欠席理由(習い事等)				習い事	

3 緊急連絡先（電話は携帯や勤務先等で、必ず連絡のとれる番号を記載してください。）

	氏名	続柄	住所・連絡先等	電話
第1順位	磐田 花子	母	携帯	090-****-****
第2順位	磐田 花子	母	母職場：xxx(株)○○課	0538-**-****
第3順位	伊ワタ マル男	祖父	携帯	090-5678-****
第4順位	伊ワタ マル子	祖母	祖母職場 ○○○(株)△課	0538-**-****

4 児童の健康状態等

子どもの健康状態や障がい等、心身の状態を理解することは、支援をする上で重要です。些細なことでも記入をお願いします。

健康状態	平熱	36.3	℃
	具体的に：病名など ・てんかんで朝晩服薬中。		
集団生活を送るうえで配慮を要すること	無・有 (普通学級 支援学級)		
	具体的に：病名など ・気持ちを切り替えるのが難しく、一度泣いたり怒ったりすると落ち着くのにかかる時間が長いです。		
感染症歴 <small>既往：○ 予防接種済：△</small>	おたふく風邪(○)・水疱瘡(△)・麻疹(△)・風疹(△) その他 食物アレルギー有の方は、エピペンの処方の有無についてもご記入ください。		
食物アレルギー	無・有 該当食物：卵 生卵以外 エピペンの処方 無・有		
薬の服用 <small>(服用がある方のみ記入)</small>	薬名	○○○○○	保管場所 ランドセルの中
	効能	てんかんを抑える	注意事項 発作が起きた場合は救急車要請
療育手帳	無・有		身体障害者手帳 無・有
治療・相談中の病院、施設	病院名	○○○病院	TEL 0538 (12) 3456

5 祖父母の状況（必ず全員についてご記入ください。年齢は令和2年4月1日現在）

区分	氏名 証明書提出の有無	年齢		同居・別居 同居（同一敷地内や隣接含む） 市内別居 市外別居 ・ 不在	住所	職業 等
		年齢	生年月日			
父方	祖父 磐田 ○○男 証明書類 有・ 無	79	S15. 5. 1	同居（同一敷地内や隣接含む） 市内別居 市外別居 ・ 不在	磐田市○○ 12-3	農業
	祖母 磐田 ○○子 証明書類 有 ・無	69	S25. 8. 23	同居（同一敷地内や隣接含む） 市内別居 市外別居 ・ 不在	同上	○○○（株）
母方	祖父 静岡 ○○夫 証明書類 有・ 無	70	S24. 11. 15	同居（同一敷地内や隣接含む） 市内別居 市外別居 ・ 不在	浜松市△△区 ××456	（有）***
	祖母 静岡 ○○代 証明書類 有・ 無	67	S27. 9. 6	同居（同一敷地内や隣接含む） 市内別居 市外別居 ・ 不在	同上	無職

祖父母が不在の場合は、氏名等は空欄で結構です。

* この内容に虚偽の事実が判明した場合、退所となる場合があります。