

## 令和8年度 児童票

児童氏名				
健 康 面 に つ い て	かかりつけの病院			<input type="checkbox"/> 一度も麻酔を使ったことが無い <input type="checkbox"/> 拔歯などで麻酔をかけたことがある <span style="margin-left: 20px;">( ) 気分が悪くなった</span> <span style="margin-left: 20px;">( ) 何も起こらなかった</span>
	小児科	外科		
	耳鼻科	歯科		
	血液型 ( ) 型 未検査	平熱	℃	
	アナフラキシーショックを起こす可能性のあるアレルギー			けいれんの既往歴・持病
	有( ) ・ 無( )			有( ) ・ 無( )
	内容・除去食品名など ( ) エピペンの処方 有( ) ・ 無( )			病名等
	既往歴・持病等	有 無	傷病名( ) 発症時の対応	
該当する項目にレをつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱時に高熱になる <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 便秘がちである <input type="checkbox"/> 運動に制限がある			健康面で配慮してほしいこと、対応してほしいことをご記入ください。	
生 活 に つ い て	該当する項目にレをつけてください。 <input type="checkbox"/> 引っ込み思案 <input type="checkbox"/> トイレが不安である <input type="checkbox"/> 後片付けが苦手である <input type="checkbox"/> 落ち着きがない			生活面で配慮してほしいこと、対応してほしいことをご記入ください。
	そのほか、配慮してほしいこと、対応してほしいことをご記入ください。			
放課後等デイサービス利用 有( ) ・ 無( ) 通所施設 ( )			障がいに関すること	
特別支援学級利用 有( ) ・ 無( )			障がい名 ( ) 療育手帳 ( 有 ・ 無 ) 身体障害者手帳 ( 有 ・ 無 ) 通所施設 ( )	
お迎えに来られる方 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 その他 ( )				

\* それ以外の方がお迎えに来られる場合は、必ず連絡が必要となります。

\* 提出後、変更等がある場合は、必ず支援員に申し出てください。

\* 本票の内容は、児童の保育以外には使用しません。