

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
	小児科	外科	<input type="checkbox"/> 抜歯などで麻酔をかけたことがある
	耳鼻科	歯科	() 気分が悪くなった
	血液型 () 型 未検査	平熱	() 何も起こらなかった
	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() 内容・除去食品名など () エピペンの処方 有() ・ 無()		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()		障がいに関すること	
通所施設 ()		障がい名 ()	
特別支援学級利用 有() ・ 無()		療育手帳 (有 ・ 無)	
お迎えに来られる方 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 その他 ()		身体障害者手帳 (有 ・ 無) 通所施設 ()	

- * 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。