

# 児 童 票

※学年は利用する年度の4月現在の学年を記入してください

ふりがな			血液型	生年月日	平成	年	月	日
児童氏名			型	保険証番号				
住所	阿久根市			自宅電話番号				
	小学校	年	担任					
習い事・少年団等								
家庭の環境	住居	自家・借家・公営住宅・アパート・社宅・その他						
家庭医			電話番号					
			電話番号					
緊急連絡先 (父母以外)	氏名		電話番号			関係		
	氏名		電話番号			関係		
勤務時間等	区分	父 親			母 親			
	勤務時間	平日	時 分 ~ 時 分	平日	時 分 ~ 時 分			
		土曜	時 分 ~ 時 分	土曜	時 分 ~ 時 分			
	休日(月~土)	月・火・水・木・金・土・不定期			月・火・水・木・金・土・不定期			
	児童クラブ~職場 までの所要時間							
職場までの交通機関	自家用車 ・ その他( )			自家用車 ・ その他( )				
健康状況	身体状況	身長	cm	体重	kg	平熱	℃	/
	※該当する病状があれば○で囲んでください。							
	・ 疲れやすい ・ 扁桃腺肥大 ・ じんましんがしやすい ・ ひきつけをおこしたことがある							
	・ 微熱がしやすい ・ 脱臼しやすい ・ 下痢しやすい ・ 皮膚が弱い ・ 喘息							
	・ その他( )							
	※アレルギーがありますか?                      ある                      ない							
	ある に○印をつけた児童の場合、裏面に具体的に記入してください。							
※その他( )								
※既往歴について ・麻疹                      歳 ・風疹                      歳 ・水痘                      歳 ・耳下腺炎                      歳								
帰路道順・方法	裏面あり							

※この児童票は,利用初日までに児童クラブ支援員へ提出してください。

## アレルギーについて

<食べ物に対してアレルギー反応はありますか？>

- ① ある                      ② ない

① ある に○印をつけた児童の場合,具体的に記入してください。

例 [ 卵や卵が入っているお菓子を食べると、じんましんが全体的にできる。  
牛乳が入っている食品を食べると、おなかから下にブツブツができ、かゆみも出てくる。  
アレルギー反応の診断書がでている。など ]

---

---

---

---

---

<その他のアレルギーがありますか？>

---

---

※その他(特に留意してほしいことがありましたらご記入ください)