

児童票（緊急時連絡票及び健康・生活状況申告票）

（緊急時連絡票）

ふりがな			性別	生年月日	年 月 日
児 童 氏 名			男	所 属	小 学 校
			女		年 組
住 所	四街道市				
緊 急 時 連 絡 先	優 先 順 位	氏 名	続 柄	電 話 番 号	
	1			()	
	2			()	
	3			()	
ふりがな	(才)		勤 務 先	名 称 :	
保護者①				所在地 :	
				電 話 :	
ふりがな	(才)		勤 務 先	名 称 :	
保護者②				所在地 :	
				電 話 :	
送 迎 者	※送迎する可能性のある方全員の氏名をご記入ください。				
	氏名	続柄()	氏名	続柄()	
	氏名	続柄()	氏名	続柄()	
	氏名	続柄()	氏名	続柄()	
	氏名	続柄()	氏名	続柄()	
緊 急 時 に 受 診 を 希 望 す る 医 療 機 関	※お子さまに医療的ケアが必要な場合は、必ずご記入ください。				
	医療機関名 :		医療機関名 :		
	主 治 医 名 :		主 治 医 名 :		
	電 話 :		電 話 :		

※記入項目は裏面にもございます。記入漏れがないかご確認の上、裏面へお進みください。

(健康・生活状況申告票)

お子さまを安全にお預かりする際の参考となりますので、必ずご記入ください。

1 利用を希望されるお子さまの生活状況についてお答えください。		
(1) 食事、排泄、着脱衣等の日常生活動作を自力で行うことができますか。 できる・部分的に介助(介助の内容:)・全て介助		
(2) 介助を求めることなく、集団生活をおくることができますか。 できる・部分的に介助(介助の内容:)・全て介助		
2 利用を希望されるお子さまの健康状態についてお答えください。		
(1) お子さまの平熱をお答えください。()度		
(2) お子さまの血液型をお答えください。()型		
(3) 食物アレルギーはありますか。ある場合、自己注射薬(エピペン®)の処方を受けていますか。 いいえ・はい(原因物質:) → 自己注射薬(無・有)		
(4) 食物以外のアレルギーはありますか。 いいえ・はい(原因物質:)		
(5) 慢性疾患はありますか。ある場合、小児慢性特定疾病の認定を受けていますか。 いいえ・はい(疾病名:) → 小児慢性特定疾病の認定(無・有) ※小児慢性特定疾病の認定を受けている場合は、受給者番号がわかるものの写しをご提出ください。		
(6) 発達障害の診断を受けたことがありますか。 いいえ・はい		
診断名:		診断日: 年 月 日
診断機関名:		
※発達障害の診断を受けた場合は、診断内容がわかるものの写しをご提出ください。		
(7) 身体障害者手帳、療育手帳、又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。 いいえ・はい		
手帳の種類:		等級・程度:
※手帳をお持ちの場合は、その写しをご提出ください。		
3 障がいのあるお子さまの状況についてお答えください。該当のない方については回答不要です。		
(1) 小学校からこどもルームへの移動に介助が必要ですか。 いいえ・はい(介助の内容:) ※支援員による介助は、お子様の状況等を勘案し、実施可能かどうか判断します。 必ずしも実施できるものではありません。		
(2) 医療行為(経管栄養やたんの吸引等)が必要ですか。 いいえ・はい(医療行為の内容:) ※医療行為が必要な場合は、別紙「医療的ケアに関する主治医意見書兼指示書」を医師にご記入 いただき、ご提出ください。 ※こどもルームの支援員は医療行為を行えないため、こどもルームでの生活に支障がある場合は、 お子さまを安全に受け入れる体制が整うまで、入所できないことがありますので、ご了承ください。		
4 お子さまの生活面や健康面で気になること、伝えたいこと等がありましたらご記入ください。		