



(別紙様式1) 児童状況票

記入日：令和____年____月____日

記入保護者：_____

能勢放課後児童クラブへの入会につき、以下の事項に同意した上で提出いたします。

- ・記載した個人情報について、町すこやか支援課・児童クラブ及び関係機関等において相互に確認・提供を行うこと。
- ・裏面「健康カード」については、怪我等の緊急対応時において医療機関等へ情報提供を行うこと。

1. 申請・利用予定等

ふりがな			生年月日
児童氏名		男・女	H・R 年 月 日
利用区分	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 一時		
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 昨年度からの継続申請		
学校の状況	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 支援学級（ささゆり教室） <input type="checkbox"/> 通級指導教室（よつば教室）		
帰宅方法	<input type="checkbox"/> 送迎（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 []） →お迎えの時刻：概ね [] : [] 時頃 <input type="checkbox"/> スクールバス [乗降バス停名：] <input type="checkbox"/> 徒歩		
平日利用予定 <small>※常時利用に限る</small>	<input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週 日 [月・火・水・木・金]		
習い事・塾等	<input type="checkbox"/> 有 [内容：] を週 [] 回程度 [] <input type="checkbox"/> 無		
放課後等デイサービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 [週 回・事業所名] <input type="checkbox"/> 無		
児童と同居している65歳未満の祖父母の有無 *1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

*1 祖父母が就労（外勤）・疾病・障がい・要介護等により、児童の監護が困難な場合は除く（無に☑）

裏面へ

※すこやか支援課確認欄

- ・入会要件（就労 妊娠等 障がい 介護 災害復旧 学生）※添付書類確認
- ・保育料減免（生保 住民税非課税 所得割非課税 児扶 特児 同時2人目 同時3人目以降）
- ・納付方法（口振 納付書）※口振新規の場合要依頼書。継続の場合は不要。



対象児童	氏名: _____ (_____ 年生)
------	-----------------------

2. 健康等に関する内容

平熱	[] 度 [] 分	血液	[] 型 Rh [+ ・ -] <input type="checkbox"/> 不明
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 [] <small>※児童クラブでおやつを提供する際、配慮が必要な場合は備考欄にご記載ください。</small>	
服薬等の有無	<input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無 <small>※与薬については医療行為となるため、保育中に支援員が行うことは出来ません。</small>		
かかりつけ医療機関	TEL: - - TEL: - -		
既往歴・持病等	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 小児ぜんそく <input type="checkbox"/> アレルギー性湿疹 <input type="checkbox"/> その他 []		
障がいの状況	<input type="checkbox"/> 有 [診断名:] <input type="checkbox"/> 無		
障がい者手帳	身体 [] 級・精神障害者福祉手帳 [] 級・療育手帳 []		
【備考欄】	健康面・アレルギー・障がい等 集団生活において配慮が必要なこと その他支援員に伝えておきたいこと <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 特になし</div>		

3. 緊急連絡先に関する内容

緊急連絡先	優先順位 1 番目	優先順位 2 番目	優先順位 3 番目
ふりがな			
氏名			
続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 []
勤務先名			
① 携帯番号	- -	- -	- -
② 自宅番号	- -	- -	- -
③ 勤務先番号	- -	- -	- -
連絡順番	○ → ○ → ○ <small>(1 から 3 までの番号をご記入ください)</small>	○ → ○ → ○ <small>(1 から 3 までの番号をご記入ください)</small>	○ → ○ → ○ <small>(1 から 3 までの番号をご記入ください)</small>