

記入例

児 童 の 状 況

児童名	三田 三太郎	学年 (新) 1年生	児童クラブ (学校) 名	三田	児童クラブ (学校)
-----	--------	------------	--------------	----	------------

1 入学前の利用施設 (新1年生のみ記入)

●●幼稚園 (新) / 児童クラブ

2 児童の生活状況についてお尋ねします。

- ① 一人で排泄ができる (いいえ・はい)
 ② 一人で着替えができる (いいえ・はい)
 ③ 一人で食事ができる (いいえ・はい)

※ いいえの場合、具体
いいえの項目 (①・②)

新規申込の方は学校
名をご記入ください。

要ですか。

3 児童の健康状態等についてお尋ねします。

- ① 平熱は何度ですか (36.6℃)

- ② 保護者がおやつを準備される場合は、児童生活費を一部返金いたします。 (いいえ・はい)

- ③ 現在、病気やケガの治療中である (いいえ・はい)
 (傷病名、かかりつけの電話番号)

- ④ アレルギーやアレルギーがある (いいえ・はい)

はいの項目

- 対象：ピーナッツ
- アレルギーによるおやつへの配慮の必要 無・有
- 必要な配慮の具体的な内容：こども同士のおやつ交換には気をつけてほしい。
- おやつは 持参する クラブ提供のおやつを希望する
- アレルギーの程度：かゆみが出る。
- エピペンの所持 無・有

- ⑤ 障害、疾病等により日常生活で支援や配慮を要する状況がある新規利用の方で「はい」を選択された場合、個別面談をお願いいたします。 (いいえ・はい)
 ~16:30の間に三田市役所こども育成課 (079-559-5046) よりお問い合わせください。その際は平日9:00~16:30の間に三田市役所こども育成課 (079-559-5046) よりお問い合わせください。

はいの項目

- 病名・診断名又は支援・配慮を要する状況：自閉症
- 特別支援学級への在籍
- 身体障害者手帳 級
- 療育手帳 判定 B2
- 精神障害者保健福祉手帳 級

※手帳交付済の場合は手帳の写しを添付してください

- 障害児通所支援サービス 受給中・受給予定

※障害児通所支援サービスを受給中の場合は受給者証の写しを添付してください。

児童の障害等の状況及び支援を要する内容、家庭での接し方について具体的に記入してください。

5歳の時に自閉症の診断を受けている。話をするのも理解するのも苦手なので、本人が納得するまで時間をかけて話を聞いてあげている。

- ⑥ かかりつけている医院をご記入ください。

(かかりつけ医とその電話番号：■■病院 079-111-1111)

4 集団生活をしていくうえで気になる点、その他心配ごとはありますか。(性格・運動面等)

(なし・あり)

コミュニケーションの取り方で友達に誤解を与えてしまうことが
あると思いますので、うまくサポートしてもらえると嬉しいです。

病気やケガの場合は、お迎えを要請しておりますが、緊急時などやむを得ない場合は、職員が引率します。

同 意 書

担当医師 様
三田市長 あて

児童クラブ活動中に、子どもが病気やケガのため、緊急的に医療機関で受診する場合で、保護者の同伴が困難と市が判断した時には、市の指示した指導員または指導補助員等が引率し、医療機関で受診することについて同意いたします。併せてどの医療機関を受診するかも市の判断に委ねます。

また保護者が同伴しない、医療機関を受診する場合については、担当医師にこの同意書を提示の上、事故・疾病等の緊急措置にあたり、子どもの傷病等に関する治療の内容や検査の結果の内、必要な措置等の個人情報を、必要な範囲内で、市が命じ引率した指導員または指導補助員等に対して提供していただくことについて、同意いたします。なお、本同意書の複写も本同意書と同じ効力があるものと認めます。

申請日 令和 8年 12月 1日

児童クラブ名 三田 児童クラブ (学校)

児童氏名 三田 三太郎

※ 有効期限は、入所日から児童が退所するまでの日とします。
昨年提出された方も毎年ご提出ください。

保護者氏名 (自筆) 三田 春雄