児　童　の　状　況

児童名	学年（新）　年生	児童クラブ（学校）名	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/保育園（所）/こども園

2　児童の生活状況についてお尋ねします。

※　いいえの場合、具体的にどの程度の手助けが必要ですか。

いいえの項目（　①・②・③　）

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　）

3　児童の健康状態等についてお尋ねします。

※　投薬等については児童クラブ職員が行うことはできません。
※　状況により別途書類の提出をお願いする場合があります。

①　平熱は何度ですか　→　（　　℃）

②　これまでに大きな病気やけがをしたことがある　→　（　いいえ・はい　）
（　時期と傷病名：　　）

③　現在、病気やけがの治療中である　→　（　いいえ・はい　）
（　傷病名、かかりつけ医とその電話番号：　　）

④　アレルギーやアトピーがある　→　（　いいえ・はい　）

はいの項目
・対象：　　・アレルギーの程度：
・アレルギーによるおやつへの配慮の必要　無・有　　・エピペンの所持　無・有
・必要な配慮の具体的内容：
・おやつは　　持参する　・　クラブ提供のおやつを希望する

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　→　（　いいえ・はい　）
新規利用の方で「はい」を選択された場合、個別面談をお願いする場合があります。その際は平日9：00～17：30の間に三田市役所健やか育成課（079-559-5046）より連絡させていただきます。

はいの項目
・病名・診断名又は支援・配慮を要する状況：
・特別支援学級への在籍　　在籍中・在籍予定
・身体障害者手帳　　級　　交付済・申請中
・療育手帳　　判定　　交付済・申請中
・精神障害者保健福祉手帳　　級　　交付済・申請中
※手帳交付済の場合は手帳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。
［　　］

⑥　上記以外で特にかかりつけている医院があればご記入ください。
（　なし　・　あり　）　（　上記以外のかかりつけ医とその電話番号：　　）

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　）　［　　］

同　意　書

※　切り取らずにご提出ください

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で、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　　年　　月　　日

児童クラブ名（学校）　　児童クラブ（学校）

児童氏名

※ 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）