

# 児 童 台 帳

※来年度の申込みは予定内容を記入してください。

年 月 日記入

フリガナ		性別	生年月日
児童氏名			S・H・R 年 月 日生
			小学校名
フリガナ		続柄	※学年は、4月1日時点
保護者氏名			小学校 年生
連絡先	— —	緊急連絡先	— —
住 所	〒		

世帯状況	氏名	生年月日	続柄	住まい	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ	昭和・平成・令和		勤務先・学校名・園名・年齢	
	氏名	生年月日	続柄	住まい	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ	昭和・平成・令和		勤務先・学校名・園名・年齢	
	氏名	生年月日	続柄	住まい	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ	昭和・平成・令和		勤務先・学校名・園名・年齢	
	氏名	生年月日	続柄	住まい	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
	フリガナ	昭和・平成・令和		勤務先・学校名・園名・年齢	

■お子様のこと

身長	c m	体重	k g
平熱	度	血液型	型

■お子様の習い事

習い事の内容	曜日	頻度	時間	備考

# 児 童 台 帳

■お子様の性格（保護者様から見た性格を下記から当てはまるもの全てに「✓印」を付けてください。）

<長所>	<input type="checkbox"/> 外向的、 <input type="checkbox"/> 優しい、 <input type="checkbox"/> 面倒見がいい、 <input type="checkbox"/> おとなしい、 <input type="checkbox"/> 頑張りやさん、 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 活発、 <input type="checkbox"/> おしゃべり、 <input type="checkbox"/> 涙もろい、 <input type="checkbox"/> のんびりやさん、 <input type="checkbox"/>
<短所>	<input type="checkbox"/> 内向的、 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない、 <input type="checkbox"/> 無口、 <input type="checkbox"/> 気が小さい、 <input type="checkbox"/> 短気、 <input type="checkbox"/> 自己中心的、 <input type="checkbox"/> 粗暴、 <input type="checkbox"/> 落込みやすい、 <input type="checkbox"/> 感情的になりやすい、 <input type="checkbox"/> 飽きっぽい、 <input type="checkbox"/> 物事に固執する

■お子様の好きなもの

<遊び>	<input type="checkbox"/> 外遊び（ ） <input type="checkbox"/> 室内遊び（ ） <input type="checkbox"/> 大勢で遊ぶのが好きな方、 <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶのが好きな方、 <input type="checkbox"/> 他（ ）
------	--

■お子様の体調こと

食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） ※ある場合、エピペンの所持（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）				
●「食物アレルギー有」と記入された方のみ					
<input type="checkbox"/> 食物（下記へ↓） <input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ・病状（ ）					
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 種実類 その他（ ）					
アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） ※ある場合、エピペンの所持（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）				
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	ぜんそく	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		
花粉症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （原因： ）				
<input type="checkbox"/> その他（ ）					
既往歴	・予…予防接種済 ・済…発症済み	麻 疹 （ <input type="checkbox"/> 予 ・ <input type="checkbox"/> 済）	風 疹 （ <input type="checkbox"/> 予 ・ <input type="checkbox"/> 済）	水 痘 （ <input type="checkbox"/> 予 ・ <input type="checkbox"/> 済）	耳下膜炎 （ <input type="checkbox"/> 予 ・ <input type="checkbox"/> 済）

■お子様のかかりつけ医

区分	病 院 名	TEL	住 所
整形外科			
内 科			
歯 科			
眼 科			