

令和5年度 児童票

児童氏名			
健康面について	かかりつけの病院		<input type="checkbox"/> 一度も麻酔を使ったことが無い <input type="checkbox"/> 抜歯などで麻酔をかけたことがある () 気分が悪くなった () 何も起こらなかった
	小児科	外科	
	耳鼻科	歯科	
	血液型 ()型 未検査	平熱 ()℃	
	アナフラキシーショックを起こす可能性のあるアレルギー		けいれんの既往歴・持病
	有() ・ 無() (内容・除去食品名など) エピペンの処方 有() ・ 無()		有() ・ 無() 病名等
既往歴・持病等	有 無	傷病名() 発症時の対応	
該当する項目にレをつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱時に高熱になる <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 便秘がちである <input type="checkbox"/> 運動に制限がある		健康面で配慮してほしいこと、対応してほしいことをご記入ください。	
生活について	該当する項目にレをつけてください。 <input type="checkbox"/> 引っ込み思案 <input type="checkbox"/> トイレが不安である <input type="checkbox"/> 後片付けが苦手である <input type="checkbox"/> 落ち着きがない		生活面で配慮してほしいこと、対応してほしいことをご記入ください。
	そのほか、配慮してほしいこと、対応してほしいことをご記入ください。		
放課後等デイサービス利用 有() ・ 無()		障がいに関すること	
通所施設 ()			
主にお迎えに来られる人 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 その他 ()			
		障がい名 ()	
		療育手帳 (有 ・ 無)	
		身体障害者手帳 (有 ・ 無)	
		通所施設 ()	

* 提出後、変更等がある場合は、必ず支援員に申し出てください。

* 本票の内容は、児童の保育以外には使用しません。