

学 童 健 康 調 査 表

令和

記入例

学 童	フリガナ	タマ ジロウ		性別	平成			
	氏名	多摩 次郎		男				
	住所	多摩市諏訪***-***						
かかりつけの病院名		小児科・内科	〇〇小児科	かかりつけ医があれば記入してください				
		外科						
1		平熱は	36度	4分				
2		病気等について						
今 か か り つ け の 病 気	1	はしか（麻しん）	有・無	予 防 接 種	1	風しん麻しん混合	済・未	左記の病気以外で、今まで
	2		有・無		2	水ぼうそう	済・未	
	3		有・無		3	おたふくかぜ	済・未	
	4	おたふくかぜ	有・無		4	四種混合	済・未	
起 こ し や す い 体 質	1	胃腸が弱い。		8	乗り物に酔いやすい。			
	2	熱を出しやすい。		9	どもりやすい。			
	3	ひきかたが強い。		10	小便が近い。			
	4	貧血を起こしやすい。		11	夜尿症である。			
	5	好き嫌いが激しい。						
	6	てんかんを起こしたことがある。						
	7	ぜんそくをおこしやすい。						
慢 性 疾 患	1	耳鼻咽喉科（ ）						
	2	眼科（ ）						
アレルギー	食品や薬物、花粉などのアレルギーがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 提出します <input type="checkbox"/> 提出を検討中 <input type="checkbox"/> 提出しません (1) ある (2) ない ※食物アレルギーの方：小学校に「学校生活管理指導表」を提出する時には、学童クラブにコピーを提出してください。 ある場合は具体的に記入してください。 { アーモンド }							
蜂	蜂に刺されたことがありますか？ (1) ある (2) ない ある場合は具体的に記入してください。 { 歳頃 そのときの病 }							
現在投薬中、治療中又は医療的ケアを受けているときは記入してください。								
定期に服用している薬の名称								
治療等の内容								
開始年月日								
医師・医療機関名		電話 ()						

実際にかかったら「有」に〇をつけてください

予防接種が済んでいれば「済」に〇をつけてください

該当がある場合は〇をつけてください

必ず記入してください！
アレルギーがある場合は入所面談時に申し出てください。
小学校に「学校生活管理指導表」を提出する時には、学童クラブにコピーを提出してください

ぜんそく等の慢性疾患がある場合、
てんかん等で頓服薬が処方されている場合、
医療的ケアを受けている場合等
定期的に治療を受けている場合は記入してください

当てはまる番号に〇を付け、記入してください。

記入例

過去に手術又は交通事故等の経験がありますか。 (1) ある (2) ない

ある場合は具体的に記入してください。

3 発達について

言語	(1) 普通に話せる。 (2) どうか話をする。 (3) 単語程度で意思を伝えることができる。 (4) 片言や身振りで話せる。 (5) 話せないが相手の言うことはわかる。 (6) 話さないし、相手の言うこともわからない。 (7) 目を合わせない。
遊び	(1) 誰とでも遊ぶ。 (2) 遊ぶが取り残されがち (3) 親(兄弟)としか遊ばない。 (4) いつも一人で遊んでいる。 (5) 落ち着きがなく たまぞ動きまわる (6) 同じことの繰り返しをする。
排泄	(1) すべて自分でできる。 (3) 自分でできないが知らせる。
食事	(1) 箸で食べられる。 (2) 自分で食べられる。 (3) 手づかみなら食べられる。 (4) 自分では食べられない。
着脱衣	(1) すべて自分でできる。 (2) 簡単なものは自分でできる。 (3) すべて他人にやってもらう。

複数あてはまる場合は、複数に○をしていただいてもかまいません。
学童クラブでの育成の参考にいたしますので、差し支えない範囲でご記入ください

4 特別な癖がありますか。

(1) ある (2) ない

ある場合は具体的に記入してください。

{ 爪かみ }

5 障害について

(1) 在籍学校・学級について (予定を含む)

- ア 特別支援学校に通学している。 イ 特別支援学級に通学している。
ウ 特別支援教室に通学している。 エ 上記のいずれにも通っていない。

(2) 発達の相談について

ア 相談機関に相談している (する予定である)。

相談内容: 5歳時より支援室にことばの遅れについて相談している

イ 相談していない。

学童クラブでの育成の参考にいたしますので、差し支えない範囲でご記入ください。
特に気になることがない場合は「コ」に○をしてください

(3) 下記の項目に該当するものがある

- ア 知的発達の遅れがあると思われる。
ウ 視覚障害と思われる。 エ 聴覚障害と思われる。
オ 言語障害と思われる。 カ 情緒障害と思われる。
キ (臓器等に) 内科的障害があると思われる。
ク 自閉的傾向があると思われる。
ケ 障害がよく分からないが気になる。 (コ) 特に気になることはない。

児童本人が各種手帳を持っている場合、指数に加点がつく場合があります。手帳名と、等級などが確認できる部分のコピーを添付してください

- (4) 療育手帳を持っているか。(種 級) イ 持っていない。
(5) 愛の手帳を持っていますか。 ア 持っている。(種 度) イ 持っていない。
(6) 精神障害者保健福祉手帳を持っていますか。 ア 持っている。(種 級) イ 持っていない。

当てはまる番号・記号に○を付け、記入してください。