

(クラブ ・ 教室)

放課後子ども総合プラン問診票

記入日 年 月 日

※該当の□に✓し、当てはまる項目に○をつけてください。

児 童 名		学校名		小学校	学年	年
1	かかりつけ の 医 院	電話				
		電話				
2	お子さんの性格は？		おとなしい・活発・落ち着きがない・その他（ ）			
3	お子さんが，集団生活する 中で気になることはありま すか？	☐ ある ☐ ない	【内容】			
4	アレルギーはありますか？	☐ ある ☐ ない	【原因物質】 エビペン®の使用 ☐ あり ☐ なし 飲み薬 ☐ あり ☐ なし			
5	持病はありますか？	☐ ある ☐ ない	【病名】※ある場合は，いつ頃からですか？（ 歳から） 心臓病・てんかん（ブコラム®使用 有・無）・ぜんそく 手足の麻痺・難聴・弱視・自閉傾向・ADHD・ソケイヘルニア その他（ ）			
6	その他，児童クラブ・放課後子ども教室入所にあたり，伝えておきたいことがあれば，記入してください。					
7	特別支援学級	予定無 ・ 予定有 ・ 通級中				
	障がい等 の有無	☐ ある ☐ ない	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ その他（ ） ※手帳がある場合は写しを添付してください	療育機関に 通所の有無	☐ ある ☐ ない	いつから（ 歳 ヶ月）
						いつまで（ 歳 ヶ月） 継続中
			相談内容（ ）			
8	これから，療育機関を利用する予定はありますか？ ある場合は，右の欄に事業者名をご記入ください。 例）放課後ディサービス事業所など					

※ 記入していただいた内容は，審査に影響するものではありません。
※ 児童への支援の参考のため，必要に応じて問合せ・面談をさせていただくことがあります。