

(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？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【内容】			
4	アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【原因物質】 エピペン®の使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 飲み薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
5	持病はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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 (プロラム®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、伝えておきたいことがあれば、記入してください。					
特別支援学級		予定無 ・ 予定有 ・ 通級中				
7	障がい等 の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	療育機関に 通所の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	いつから (歳 箇月)
			<input type="checkbox"/> 療育手帳			いつまで (歳 箇月)
			<input type="checkbox"/> その他 ()	継続中		
			※手帳がある場合は写しを添付してください			
			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。