

ふりがな		性別		生年月日		年 月 日	
氏名		男女		学年		年生 特別支援学級への在籍（有・無・相談中）	
就学前の状況		（ 保育園・幼稚園 ）に在園 / 家庭で（ ）が保育を行っていた					
住所				自宅			
家族状況	保護者	父			母		
		ふりがな			ふりがな		
		氏名			氏名		
		携帯			携帯		
		勤務先等	名称： 電話		勤務先等	名称： 電話：	
	(保護者・児童以外) 同居家族	児童との続柄	ふりがな 氏名		年齢	勤務先名・学校名等	
緊急時連絡先	優先順位	連絡先氏名		続柄	電話番号		保護者以外の場合日中の所在地
	1						町内・町外（ ）
	2						町内・町外（ ）
	3						町内・町外（ ）
送迎者氏名	主な送迎者氏名・続柄						
	1		2		3		4
	続柄（ ）		続柄（ ）		続柄（ ）		続柄（ ）

裏面も記入してください。

健康状態	性格			
	平熱	℃	血液型	型
	手帳の有無	障害者手帳等： 有 ・ 無		
	発達 健康 生活	<p>○次の中で通所している施設があれば、チェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>発達支援センター <input type="checkbox"/>放課後児童デイサービス</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>○食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自分で行うことができますか。 【できる・できない】</p> <p>○介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか。 【できる・できない】</p> <p>○身体障害者手帳又は療育手帳を持っていますか。 【はい ・ いいえ 】</p> <p>○慢性的な疾患がありますか。 【はい ・ いいえ 】</p> <p>○その他お子さんの発達・健康・生活面で気になることや伝えたいことがありましたら、ご記入ください。</p> <p>( )</p>		
アレルギー	アレルギーの有無	有 ・ 無		
	アレルギー検査の有無	有 ・ 無		
	種類	<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> その他（ ） ※食物アレルギーの場合…食品名（ ）		
	症状	（ ）		
対処法	（ ）			
処方箋	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> その他（ ）			
かかりつけ医	1	名称：		
	2	名称：		
その他	※心配なことや伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。			