

問診票

以下の項目について、申込児童の状況等にお答えください。

児 童	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名					
保 護 者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名					
日中の連絡先 【連絡順位】	【1】	—	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	【2】	—	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()			
送 迎 者	迎え：	通 勤 時 間 (勤務先 ⇄ 児童クラブ)			迎え：	時 間 分
送 迎 方 法	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車					
きょうだいで同時に申込みの方は記入してください	<input type="checkbox"/> 同時に同じクラブに入所できる場合のみ利用を希望する <input type="checkbox"/> きょうだいのうち、1人だけでも利用を希望する			同時申込児童の氏名	R7年4月1日時点の学年	
					年	
併願申込予定のクラブ	第二希望		第三希望			

◆祖父母の状況

		氏名	年齢	住所	状況等
父方	祖父				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 勤務あり <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 交流なし
	祖母				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 勤務あり <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 交流なし
母方	祖父				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 勤務あり <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 交流なし
	祖母				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 勤務あり <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 交流なし

◆児童について

	質問事項	回答	
1	病気の治療や経過観察のための定期的通院はありますか。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 病名： 頻度：
2	発育や発達のこと、専門機関（病院や療育など）に相談や通所をさせている、または過去にしていたことはありますか。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 相談機関： 相談内容：
3	食物アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 品目：
4	当てはまるものすべてに☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 視力や目の疾患 <input type="checkbox"/> 聴力や耳の疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> けいれん <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/>熱が <input type="checkbox"/>℃出たときにおこる <input type="checkbox"/>熱がなくても起こる <input type="checkbox"/>最後に起きた時期 (<input type="text"/> 歳) </div> <input type="checkbox"/> 他人と目が合わない <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく多動である
5	服薬がありますか。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 薬の種類： 時間や回数：

裏面に続く

	質問事項	回答	
7	持病や発達面、その他お子さまについて気になること、心配なことがあれば教えてください。		
8	未就学のきょうだいはいいますか。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 保育所入所（標準時間・短時間） <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 保育所入所申込中

同意書

以下の確認事項について、確認欄にすべて☑の上、同意署名欄に署名してください。

項目	確認欄
「放課後児童クラブ入所申込案内一覧」の内容はよくお読みいただきましたか。	<input type="checkbox"/> 確認
提出書類の不足及び記入漏れがないことを確認していただきましたか。提出書類に不備がある場合、申請受付扱いとなりません。	<input type="checkbox"/> 確認
一度提出された書類は、入所の可否にかかわらず返却できません。コピーをお手元に残したい場合、ご自身で提出前にコピーをお取りください。	<input type="checkbox"/> 確認
申込児童の病状等により、医師の記載する連絡票等、追加で書類をご提出いただく場合がございます。	<input type="checkbox"/> 確認
食物アレルギーや宗教上の理由による食材除去について、放課後児童クラブでは対応できない場合があります。	<input type="checkbox"/> 確認
児童の服薬について、薬の種類や服薬（投薬）によっては、放課後児童クラブでは対応できない場合があります。	<input type="checkbox"/> 確認
ご提出いただいた書類の内容や、面接等で聞き取りさせていただいた内容については、入所審査のために市子育て支援課及び放課後児童クラブへ提供することがあります。	<input type="checkbox"/> 確認
提出書類及び問診票の内容に虚偽がある場合、入所が取り消される場合があります。	<input type="checkbox"/> 確認

上記内容を確認し、すべて同意します。

年 月 日

希望クラブ名

児童名

保護者名