

記入例

※ 裏面に児童の保険証(写し)の添付欄があります。

秘		児童家庭調書		令和 年 月 日現在	
学年 (6年度)	1年	性別:女	《 ふじ 児童クラブ 》		
ふりがな 児童名	みやしろ 宮代	はなえ 花絵	生年月日	平成 29年 6月 6日生	
			平熱	36度 2分	血液型 A型
ふりがな 保護者名	みやしろ 宮代	たろう 太郎	住所	宮代町 芝原1-4-1	
			電話	0480 (34) 1111	
緊急連絡先 (一番先に連絡する人)			留守連絡先 (緊急連絡が取れない場合)		
ふりがな 氏名	みやしろ 宮代	はなこ 花子	ふりがな 氏名	かきはら 笠原	ふじこ 藤子
児童との間柄 (母)			児童との間柄 (祖母)		
自宅・勤務先・その他 ()			自宅・勤務先・その他 ()		
電話(固定)	0480-45-6789		電話(固定)	0480-34-5678	
携帯電	090-2345-6789		携帯電話	090-0123-4567	
かかりつけの病院			通勤時間を記入 (片道)		
診療科	病院名		電話番号		
内科	福祉医療センター六花		0480-36-2760		
外科	福祉医療センター六花		0480-36-2760		
その他	〇〇皮膚科		048-165-4321		
勤務先	父	氏名	宮代 太郎	勤務時間	8:30~17:15
		勤務先	〇〇株式会社	休日	土・日曜日
		電話	048-198-7654	携帯電話	090-1234-5678
	母	氏名	宮代 花子	勤務時間	8:30~17:15
		勤務先	〇〇(株)△△工場	休日	土・日曜日
		電話	0480-45-6789	携帯電話	090-2345-6789
*ケガなど緊急時緊急連絡先に連絡がつかない場合の対応として、クラブの判断でかかりつけの病院もしくは搬送先の病院で診察処置を受けること <input checked="" type="radio"/> 可 ・ <input type="radio"/> 不可					
*病院で治療を受ける際、配慮しなければいけないことはありますか。(特異体質など) <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ アトピー性皮膚炎					
*学童保育所での保育にあたり、配慮しなければいけないことはありますか。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ 特別支援学級通級中です。					
*薬品・食物アレルギーはありますか。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ (品目) たまご (症状) 体調が悪いときにたべるとじんまきがでます。(対処法) すぐに連絡してください。					
*常時服用している薬はありますか。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ (薬品名) 〇〇 (薬を処方した医療機関) 〇〇皮膚科					
*児童の帰宅方法について					
1. 日常の送迎者: 笠原藤子 (児童との間柄 祖母)					
2. 緊急時の引取り	氏名	① 宮代花子 (母)	② 笠原藤子 (祖母)	③ 宮代太郎 (父)	
	連絡先	090-2345-6789	090-0123-4567	090-1234-5678	
※緊急時の引取りは、学校に提出する「引渡しカード」と同一の方をご記入ください。					
その他 - 注意してほしいこと、不安なことなど、何かありましたら記入してください。 -					

※裏面に健康保険証(入所児童用)の写しを貼付してください

入所児童の健康保険証写し（貼付）