

秘

## 児童家庭調書

令和 年 月 日現在

学年 ( 7年度 ) 1年		性別: 女		《 ふじ 児童クラブ 》	
ふりがな 児童名 宮代 花絵		生年月日		平成 30 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 宮代 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 宮代 花子		児童との間柄 (母)	ふりがな 氏名 芝原 藤子		児童との間柄 (祖母)
自宅・勤務先・その他 ( )		自宅・勤務先・その他 ( )	連絡する順番を記入		
電話(固定) 0480-45-6789		[ ① ]	電話(固定) 0480-34-5678		[ ④ ]
携帯電 090-2345-6789		[ ② ]	携帯電話 090-0123-4567		[ ③ ]
かかりつけの病院					
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 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5	
		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 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5	
		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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ いいえ (品目) たまご (症状) 体調が悪いときに食べるとぐんましがでます。(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 ・ 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: 芝原藤子 (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 芝原藤子 (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。 -					