

児童票（緊急時連絡票及び健康・生活状況申告票）

（緊急時連絡票）

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名		男 女	所 属	小 学 校 年 組
住 所	四街道市			
緊急時連絡先	優 先 順 位	氏 名	続 柄	電 話 番 号
	1			()
	2			()
	3			()
ふりがな		勤 務 先 (才)	名 称 :	
保護者①			所在地 :	
			電 話 :	
ふりがな		勤 務 先 (才)	名 称 :	
保護者②			所在地 :	
			電 話 :	
送 迎 者	※送迎する可能性のある方全員の氏名をご記入ください。			
	氏名	続柄()	氏名	続柄()
	氏名	続柄()	氏名	続柄()
	氏名	続柄()	氏名	続柄()
	氏名	続柄()	氏名	続柄()
緊急時に受診を希望する医療機関	※お子さまに医療的ケアが必要な場合は、必ずご記入ください。			
	医療機関名 :		医療機関名 :	
	主 治 医 名 :		主 治 医 名 :	
	電 話 :		電 話 :	

※記入項目は裏面にもございます。記入漏れがないかご確認の上、裏面へお進みください。

(健康・生活状況申告票)

お子さまを安全にお預かりする際の参考となりますので、必ずご記入ください。

1 利用を希望されるお子さまの生活状況についてお答えください。

(1) 食事、排泄、着脱衣等の日常生活動作を自力で行うことができますか。

できる・部分的に介助(介助の内容:)・全て介助

(2) 介助を求めることなく、集団生活をおくることができますか。

できる・部分的に介助(介助の内容:)・全て介助

2 利用を希望されるお子さまの健康状態についてお答えください。

(1) お子さまの平熱をお答えください。()度

(2) お子さまの血液型をお答えください。()型

(3) 食物アレルギーはありますか。ある場合、自己注射薬(エピペン®)の処方を受けていますか。

いいえ・はい(原因物質:) → 自己注射薬(無・有)

(4) 食物以外のアレルギーはありますか。

いいえ・はい(原因物質:)

(5) 慢性疾患はありますか。ある場合、小児慢性特定疾病の認定を受けていますか。

いいえ・はい(疾病名:) → 小児慢性特定疾病の認定(無・有)

※小児慢性特定疾病の認定を受けている場合は、受給者番号がわかるものの写しをご提出ください。

(6) 発達障害の診断を受けたことがありますか。

いいえ・はい 診断名: 年 月 日

診断機関名:

※発達障害の診断を受けた場合は、診断内容がわかるものの写しをご提出ください。

(7) 身体障害者手帳、療育手帳、又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。

いいえ・はい 手帳の種類: 手帳 等級・程度:

※手帳をお持ちの場合は、その写しをご提出ください。

3 障がいのあるお子さまの状況についてお答えください。該当のない方については回答不要です。

(1) 小学校からこどもルームへの移動に介助が必要ですか。

いいえ・はい(介助の内容:)

※支援員による介助は、お子様の状況等を勘案し、実施可能かどうか判断します。

必ずしも実施できるものではありません。

(2) 医療行為(経管栄養やたんの吸引等)が必要ですか。

いいえ・はい(医療行為の内容:)

※医療行為が必要な場合は、別紙「医療的ケアに関する主治医意見書兼指示書」を医師にご記入いただき、ご提出ください。

※こどもルームの支援員は医療行為を行えないため、こどもルームでの生活に支障がある場合は、

お子さまを安全に受け入れる体制が整うまで、入所できないことがありますので、ご了承ください。

4 お子さまの生活面や健康面で気になること、伝えたいこと等がありましたらご記入ください。