

令和7年度 児童調査票

小学校名： _____

小学校 _____

クラブ名： _____

児童クラブ _____

児童	フリガナ	_____			性別	血液型 (わかっている場合)
	氏名	_____			男・女	
	生年月日	西暦	年	月	日	型
	住所	〒 _____				
	電話番号	自宅	()	父(又は保護者)携帯	()	母(又は保護者)携帯

家族状況	父	フリガナ	_____			生年月日	_____		
		氏名	_____			西暦	年	月	日
		勤務先	_____						
		勤務先所在地	〒	_____			TEL:	_____	
		勤務時間	時	分	～	時	分	/ 休日	曜日
	母	フリガナ	_____			生年月日	_____		
		氏名	_____			西暦	年	月	日
		勤務先	_____						
		勤務先所在地	〒	_____			TEL:	_____	
		勤務時間	時	分	～	時	分	/ 休日	曜日
	その他 家族及び 同居人	氏名	(続柄)	生年月日					
		()	()	西暦	年	月	日		
		()	()	西暦	年	月	日		
		()	()	西暦	年	月	日		
		()	()	西暦	年	月	日		

緊急連絡先	優先順位	日中繋がる連絡先番号をご記入ください			
		名前(フリガナ)	児童との続柄	電話番号	勤務先名等(部署など)
	1				
	2				
	3				
	4				

生育歴	※〇〇保育所・〇〇幼稚園・自宅で過ごすなど、詳しくご記入ください	
	歳～歳	_____
	歳～歳	_____

児 童 の 健 康 状 態	1. 大変元気 2. 普通 3. 元気がない 4. 病気にかかりやすい 5. 病弱		
	常用している医薬品など 1. ある () 2. ない		
	既往症	1. 水ぼうそう 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹(三日はしか) 4. 百日咳 5. おたふく風邪 6. その他 ()	
	体質	1. アレルギー() 2. 平熱 (°C) 3. その他 () ※避けている食べ物や熱性けいれんなど特記事項があれば下記にご記入ください	
		
		
医 療 機 関	かかりつけの クリニック 病院など	名称	
		住所	
		電話番号	
	緊急時の 利用希望病院など	内科	TEL
		外科	TEL
		眼科	TEL
歯科		TEL	
その他	科	TEL	
児 童 の 性 格	お友達と仲良く遊べますか はい ・ いいえ		
	伸ばしたい一面		
	直したい一面		
	好む遊び、趣味		
世帯状況	1. 一般世帯 2. 父子世帯 3. 母子世帯 4. 生活保護世帯 5. その他 ()		
その他	障がい疾患などもご記入ください		

※記載された情報は保育の目的以外には使用しません。