④朝倉市学童保育所　入所児童の保健調査票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 学童保育所名 |  | 学童保育所 |
| 児童氏名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | かかりつけの病院 | 内科 |  | 電話 |  |
| 血液型 |  | 外科 |  | 電話 |  |
| 平熱 |  | アレルギー科 |  | 電話 |  |

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　名 | 続柄 | 電　話　番　号　 | 特記事項 |
| １ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |
| ２ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |
| ３ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |

★この調査は、学童保育所で児童を安全にお預かりするための大切な調査です。

**１．児童の健康状態についてお尋ねします。**

|  |  |
| --- | --- |
| ことば・視力・聴力で気になることはありますか　　　いいえ　　・　　はい | 【具体的内容や時期等】 |
| 鼻汁が出やすいですか　　　　　　　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| おなかの調子が悪くなりやすいですか　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| 貧血を起こしたり、運動後に息苦しそうな時がありますか　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| 熱がないのに“ひきつけ”たことがありますか　　　　いいえ　　・　　はい |
| ここ数年で、“じんましん”が出たことがありますか　　　　　いいえ　　・　　はい |
| ここ数年で、ぜん息の発作を起こしたことがありますか　　　 いいえ　　・　　はい |
| 発熱や気分が悪くなりやすいですか　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |

**３．アレルギーについてお尋ねします。**　＊学童保育所では、おやつの提供があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 食物アレルギーがありますか　　　　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい | **＊「はい」の場合は裏面の記入をお願いします** |
| 薬や注射のアレルギーがありますか　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| アレルギー性の病気にかかりやすいですか（花粉症など）　　　いいえ　　・　　はい |
| ⇒**（上記に「はい」と答えた方のみ）**学校に**『学校生活管理指導表』**を提出していますか　　**いいえ・はい** |
| ＊学校に「学校生活管理指導表」を提出している場合は、そのコピーを学童保育所にも提出してください。なお、保護者がコピーを用意できない場合は、学校から学童保育所へコピーを提供することに同意しますか　⇒　**同意します　・　同意しません** |

**４．児童の心身の状態について、特に知らせたい事がありましたらご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**５．その他**

|  |
| --- |
| 学童保育所における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有すること、また、必要に応じて子ども未来課等関係機関に伝えることに同意します。　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（必ず自署してください） |

**アレルギー対応票**

|  |
| --- |
| 保険証添付欄 |

（アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎

・気管支ぜん息・食物アレルギー・エピペン）

**原因物質**

|  |
| --- |
|  |

**発症時の症状**

|  |
| --- |
|  |

**学童保育所生活における留意点**

|  |
| --- |
|  |

**緊急時の対応**

|  |
| --- |
|  |

**アナフィラキシーショックの経験の有無**

|  |
| --- |
| □いいえ　□はい　（回数：　　　回・最後の発症：　　年　　月・原因　　　　　　　　　　）**＊アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。** |

**備考**

|  |
| --- |
| **地図添付欄*** **自宅から小学校までの地図を記入（コピー可）。通学路を赤い線でつないでください。**
 |

**（学童記入欄）**

**----------------------面談時に記入---------------------　　面談日**　　　　　　年　　　月　　　日

**薬剤使用時の留意事項等**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤 | 管理方法　　　　本人保管　　・　　学校保管（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保管場所 | 保管期間（更新時期） |
| 使用条件 |
| 使用上の留意点 |

　　④朝倉市学童保育所　入所児童の保健調査票

記入例

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | **あさくら　たろう** | 学童保育所名 | 　　 | **○○**学童保育所 |
| 児童氏名 | **朝倉　太郎**　　　男　・　女 |
| 生年月日 | **平成○○**年　**○**月**○**日 | かかりつけの病院 | 内科 | **○○小児科** | 電話 | **0946－22--1111** |
| 血液型 | 　**＊型** | 外科 | **○○外科** | 電話 | **0946－22--＊＊＊＊** |
| 平熱 | 　**36.8℃** | アレルギー科 | **○○病院** | 電話 | **0946－22--＊＊＊＊** |

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　名 | 続柄 | 電　話　番　号　 | 特記事項 |
| １ | 　**朝倉　太陽** | **父** | **090－○○○○－××××** | 自宅・職場・携帯 |  |
| ２ | 　**朝倉　月美** | **母** | **090－○○○○－××××** | 自宅・職場・携帯 |  |
| ３ | 　**福岡　花子** | **祖母** | **0946－○○－××××** | 自宅・職場・携帯 |  |

★この調査は、学童保育所で児童を安全にお預かりするための大切な調査です。

**１．児童の健康状態についてお尋ねします。**

|  |  |
| --- | --- |
| ことば・視力・聴力で気になることはありますか　　　いいえ　　・　　はい | 【具体的内容や時期等】**気温の変化で喘息の発作が出やすい** |
| 鼻汁が出やすいですか　　　　　　　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| おなかの調子が悪くなりやすいですか　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| 貧血を起こしたり、運動後に息苦しそうな時がありますか　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| 熱がないのに“ひきつけ”たことがありますか　　　　いいえ　　・　　はい |
| ここ数年で、“じんましん”が出たことがありますか　　　　　いいえ　　・　　はい |
| ここ数年で、ぜん息の発作を起こしたことがありますか　　　 いいえ　　・　　はい |
| 発熱や気分が悪くなりやすいですか　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |

**３．アレルギーについてお尋ねします。**　＊学童保育所では、おやつの提供があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 食物アレルギーがありますか　　　　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい | **＊「はい」の場合は裏面の記入をお願いします** |
| 薬や注射のアレルギーがありますか　　　　　　　　　いいえ　　・　　はい |
| アレルギー性の病気にかかりやすいですか（花粉症など）　　　いいえ　　・　　はい |
| ⇒**（上記に「はい」と答えた方のみ）**学校に**『学校生活管理指導表』**を提出していますか　　**いいえ・はい** |
| ＊学校に「学校生活管理指導表」を提出している場合は、そのコピーを学童保育所にも提出してください。なお、保護者がコピーを用意できない場合は、学校から学童保育所へコピーを提供することに同意しますか　⇒　**同意します　・　同意しません** |

**４．児童の心身の状態について、特に知らせたい事がありましたらご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**５．その他**

|  |
| --- |
| 学童保育所における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有すること、また、必要に応じて子ども未来課等関係機関に伝えることに同意します。　　　　　　　　　　保護者氏名　　　**朝倉　太陽**　　　　　　　（必ず自署してください） |

**アレルギー対応票**

|  |
| --- |
| 保険証添付欄 |

（アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎・

気管支ぜん息・食物アレルギー・エピペン）

**原因物質**

|  |
| --- |
| **卵** |

**発症時の症状**

|  |
| --- |
| **発疹、咳** |

**学童保育所生活における留意点**

|  |
| --- |
| **薬を常用：ぜんそく　○○（薬の名称）** |

**緊急時の対応**

|  |
| --- |
|  |

**アナフィラキシーショックの経験の有無**

|  |
| --- |
| ☑いいえ　□はい　（回数：　　　回・最後の発症：　　年　　月・原因：　　　　　　　　　）**＊アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。** |

**備考**

|  |
| --- |
| **地図添付欄*** **自宅から小学校までの地図を記入（コピー可）。通学路を赤い線でつないでください。**
 |

**（学童記入欄）**

**----------------------面談時に記入---------------------　　面談日**　　　　　　年　　　月　　　日

**薬剤使用時の留意事項等**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤 | 管理方法　　　　本人保管　　・　　学校保管（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保管場所 | 保管期間（更新時期） |
| 使用条件 |
| 使用上の留意点 |