

# 児 童 調 書

児童氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 小学校（新） 年 組

児童の様子

本人の状況	友人	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	言葉	<input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> はっきりしていない
	障がい	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	落ち着き	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ない
	血液型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> 不明 RH( )	排泄の自立	大便 <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> できない 小便 <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> できない
	クラスについて	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 検討中		※特別支援学級在籍児童が初めて入会申請をする場合、申請書類を提出後に面談を行います。 ※特別支援学級に在籍する場合は、「特別支援学級在籍児童に関する調書」を一緒にご提出ください。
健康状況	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 い <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 病気がち	平熱	度 分
	治療中の病気	<input type="checkbox"/> ある（病名： _____ ） <input type="checkbox"/> ない		
	くすり	現在処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある（薬の名前 _____ ） <input type="checkbox"/> ない		
	かかりつけの病院等	病院名： _____	電話番号： _____	
遊び	好きな遊び（外遊びが <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 嫌い）			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）） ※ありの場合、原因や症状について記入してください。			

塾・習い事等(学童クラブ利用日における塾・習い事等を記載してください。)

	塾・習い事等の名前	曜日	時間
①		毎週 月・火・水・木・金・土 その他( )	: ~ :
②		毎週 月・火・水・木・金・土 その他( )	: ~ :
③		毎週 月・火・水・木・金・土 その他( )	: ~ :

その他(普段の児童の様子、注意が必要なこと、心配なこと、支援員に伝えておいた方がよいことなど)

**※児童の様子を把握するため、必ずご記入願います。**

※裏面もご記入ください。

自宅付近の略図(学校から自宅への経路がわかるよう地図のコピーを添付又は記入してください。)

A large empty rectangular box with a black border, intended for the student to draw a map showing the route from school to home.