

問診票



記入日 年 月 日

※該当の□に✓し、当てはまる項目に○をつけてください。

児童名		学校名	黒内 小学校	学年	年
1	かかりつけの 医院	電話			
		電話			
2	お子さんの性格は？		おとなしい・活発・落ち着きがない・その他 ()		
3	お子さんが、集団生活する 中で気になることはあります か？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【内容】		
4	アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【原因物質】 エピペン®の使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 飲み薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
5	持病はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【病名】 ※ある場合は、いつ頃からですか？ (歳から) 心臓病・てんかん (プロラム®使用 有・無) ・ぜんそく 手足の麻痺・難聴・弱視・自閉傾向・ADHD・ソケイヘルニア その他 ()		
6	その他、児童クラブ入所にあたり、伝えておきたいことがあれば、記入してください。				
特別支援学級 予定無 ・ 予定有 ・ 通級中					
7	障がい等 の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※手帳がある場合は写しを添付してください</small>	療養機関に 通所の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 相談内容 ()
			いつから(歳 箇月) いつまで(歳 箇月) 継続中		
8	これから、療育機関を利用する予定はありますか？ ある場合は、右の欄に事業者名をご記入ください。 例) 放課後ディサービス事業所など				
※ 記入していただいた内容は、審査に影響するものではありません。 ※ 児童への支援の参考のため、必要に応じて問合せ・面談をさせていただくことがあります。					