

ゆめっこクラブ児童票

記入日

R 年 月

ふりがな				
児童名	住所 〒 -			
	瀬戸内市邑久町			
	TEL	FAX		
	生年月日	H	年	月 日
性別	男 ・ 女		平熱	度 分
			血液型	型 ・ 不明
持病がある場合のかかりつけ医 ※緊急搬送の場合 指定病院 ()				
ふりがな	※上記と異なる住所の場合にご記入ください			
保護者名	住所 〒			
	TEL	FAX		
ふりがな	※上記と異なる住所の場合にご記入ください			
保護者名	住所 〒			
	TEL	FAX		
緊急連絡先 (名称・氏名・電話番号) ※必ずつながるところでなるべく埋めてください。				
1番	名称	2番	名称	
	氏名		氏名	
	TEL		TEL	
3番	名称	4番	名称	
	氏名		氏名	
	TEL		TEL	
保護者以外のお迎え者名	氏名	氏名	氏名	
	続柄	続柄	続柄	
	連絡先	連絡先	連絡先	
同居家族氏名 (本人除く)	続柄	勤務先	勤務先の連絡先	勤務時間
※下記以降は、項目ごとに✓を、伝えたいことがあれば、記述してください。				
アレルギー (薬・注射などのアレルギーも含む) ・ 既往歴 (今までにかかった事のある病気) 等				
□特になし □ある ()				
排泄・食事・行動・障がい (発達障がい含む) ・ 性格など心身について伝えておきたいこと				
□特になし □ある ()				
保育する上でクラブに知っておいてもらいたい家庭状況				
□特になし □ある ()				
保育する上で配慮してほしいこと				
□特になし □ある ()				
塾などで毎週、クラブを利用しない日がある曜日				
□月 □火 □水 □木 □金				

※裏面もありますので、お忘れなくご記入ください。

クラブで、バスに乗って園外に出かける場合もあります。その際、乗り物酔いをする児童を把握し、配慮させていただきますので、ご記入をお願いします。

酔わない 時々酔う いつも酔う

（例）バスの座席を前にしてほしい。薬を持たせる・行く前に飲ませる等

クラブでご自身の薬（エピペン・塗り薬・目薬・飲み薬等）使用されますか？使用される場合は、お子さん自身でロッカーで管理し、お子さん自身で使用していただきますので、使用目的及び保管の仕方を記入してください。

特になし 使用する

（例）虫刺されの場合、腫れがひどいので、ムヒをその都度塗る。着替え袋に入れる など

現在、歯の矯正をされていますか？されているお子さんには、おやつ時に配慮させていただきますので、矯正をしている場合は、矯正に支障をきたすおやつを記入してください。

矯正なし 矯正あり

（例）キャラメル× 白玉団子× 餅× マシュマロ× など

現在、食品に関するアレルギーがありますか？

アレルギーなし アレルギーあり

※これより下記は、食品アレルギーありと回答された方のみご記入ください。該当される項目に○を、（ ）内に具体的な食品をご記入ください。

食品名、調理形態等	除去が必要	食品名、調理形態等	除去が必要
1. 生卵・半熟卵・マヨネーズ		13. 魚（ ）	
2. 熱を加えた卵料理 （ゆで卵やたまご焼き等）		14. 貝類	
3. 卵を使用した加工品 （パン、ケーキ、菓子等）		15. ピーナッツ	
4. 超微量の卵		16. 木の実（ ）	
5. 牛乳・ヨーグルト・チーズ		17. ごま	
6. 牛乳を使用した加工品 （シチュー、ホットケーキ、パン、菓子）		18. 米	
7. 小麦粉食品 （パン、うどん、スパゲッティ）		19. そば	
8. 小麦粉を使用した加工品 （シチューやカレー等）		20. 果物類（ ）	
9. 超微量の小麦粉		21. 野菜類（ ）	
10. 大豆及び大豆製品 （納豆、豆腐、豆乳、油揚げ、きな粉等）		22. 肉類（ ）	
11. 大豆を使用した調味料 （しょうゆ、みそ等）		23. その他（ ）	
12. 甲殻類			

食物アレルギーの詳細や支援員に伝えておきたいことがあれば、下記にご記入ください。

（例）牛乳のアレルギー反応は出ているが、1日0mlまでなら飲ませてよい。エビそのものは食べられないが、エビを加工した食品なら食べられる。エキスは大丈夫。製造ラインで他製品を生産していても×。卵は黄身のみ食べられるが、おやつで出すのは控えてほしい。など

（ ）