

桜井市 学童保育所 サポートシート

令和 年 月 日

希望学童	() 学童保育所
------	-----------

1 基本的情報について

ふりがな		性別	男・女	手帳取得の有無等 右の口に ☑してください	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳取得
児童氏名		(新)学年	年生		<input type="checkbox"/> 療育手帳取得
就学前の状況	() 保育所・幼稚園) に在園 / 家庭で保育を行っていた				
《性格や発達面などについて、心配事や配慮してほしいこと、放課後デイなどの活用の有無等を記入してください》					

2 健康状態等について 学童保育所で配慮すべきことについて記入してください

平熱	°C		
学童保育所で配慮すべき持病はありますか	無・有	症状や対処方法(有の場合)	
学童保育所で昼間に服用する薬はありますか	無・有	昼間の服薬の時間帯・数量等(有の場合) ※昼間の服薬については、学童に通っていることを主治医に相談の上指示に従ってください	
学童保育所で配慮すべきアレルギーはありますか	無・有	種類	食物・動物・植物・薬品・その他()
		具体的対処方法	
		学童に携行する処方薬	無・有(内服薬・エピペン・その他())
食物アレルギーのうち、学童保育所で配慮すべきものについて原因となる食物名・症状の程度・家庭での対応を記入してください	食物アレルギー		
	食物名:() 摂取量:(<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量()程度の量なら可) 摂取時の症状:() 家庭での対応:(<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 配慮していない <input type="checkbox"/> その他())		
☐に☑してください	食物名:() 摂取量:(<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量()程度の量なら可) 摂取時の症状:() 家庭での対応:(<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 配慮していない <input type="checkbox"/> その他())		
おやつへの対応 (食物アレルギー有の場合)	<input type="checkbox"/> 配慮の必要なし <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 指導員が除去し、代替対応で可		
食後の運動制限の有無	無・有	詳細(有の場合)	

3 緊急連絡先について 学童保育所から緊急に連絡する場合の連絡先を記入してください

優先順位	連絡先(氏名・勤務先名称)	続柄等	電話番号
1			- -
2			- -
3			- -
4			- -

4 送迎について

送迎される方の氏名・続柄・電話番号を記入してください(緊急連絡先と同じ電話番号の場合は『同上』と記入してください)

「主な送迎者」以外の方が送迎される際は、その都度、事前に学童保育所へお知らせください

1 主な送迎者	2	3	4
氏名	氏名	氏名	氏名
(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)
Tel: - -	Tel: - -	Tel: - -	Tel: - -