

# 確認票

【

児童クラブ】

|      |  |    |       |
|------|--|----|-------|
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 児童名  |  |    |       |

これらの情報については、安心安全な保育を行うために使用するものであり、これ以外の目的には利用しません。

※該当する箇所に☑記入をしてください。

|                                       |                             |   |                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------|
| アレルギーはありますか？                          |                             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり | アレルギー（ ）  |                                 |
|                                       |                             | 医師の診断 <input type="checkbox"/> あり【検査 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未】 | <input type="checkbox"/> なし     |
|                                       |                             | 医師からの食品制限の指示 <input type="checkbox"/> あり（品名   | ） <input type="checkbox"/> なし   |
|                                       |                             | 内服薬 <input type="checkbox"/> あり（薬名  | ） <input type="checkbox"/> なし   |
|                                       |                             | アナフィラキシー <input type="checkbox"/> あり（症状   | ） <input type="checkbox"/> なし   |
|                                       | <input type="checkbox"/> あり | エピペン ⇒ アドレナリン自己注射（エピペン®）の使用同意書<br>・ 消防機関への情報提供同意書 の提出が必要                                    |                                 |
| 現在、治療中の病気はありますか？                      |                             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり | 病名（ ）   |                                 |
|                                       |                             | 医療機関名（ ）  |                                 |
|                                       |                             | 内服薬（ ）  |                                 |
| 今までにかかった大きな病気、けがで現在も継続して治療、通院等がありますか？ |                             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり | 病名（ ）   |                                 |
|                                       |                             | 医療機関名（ ）  |                                 |
|                                       |                             | 通院・入院期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）   |                                 |
|                                       |                             | 手術 <input type="checkbox"/> あり（内容   |                                 |
|                                       |                             | ） <input type="checkbox"/> なし   |                                 |
| 集団生活での不安や発達面で気になることはありますか？            |                             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり | （ ）   |                                 |
| 特別支援学級に在籍していますか？                      |                             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 在籍予定   |                                 |
| 専門機関への相談や通所などがありますか？                  |                             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり | <b>相談</b>   |                                 |
|                                       |                             | <input type="checkbox"/> 保健センター   |                                 |
|                                       |                             | <input type="checkbox"/> その他（ ）   |                                 |
|                                       |                             | <b>通所</b>   |                                 |
|                                       |                             | 施設名（ ）  |                                 |
|                                       |                             | <input type="checkbox"/> 週  | 回 通所 <input type="checkbox"/> 月 |
|                                       |                             |   | 回 通所                            |
| 下記に該当するものはありますか？                      |                             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳【障害内容：（ 等級 種）】  |                                 |
|                                       |                             | <input type="checkbox"/> 療育手帳 【 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B】      |                                 |
|                                       |                             | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳【等級（ 級）】  |                                 |
|                                       |                             | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給   |                                 |

うら面あり

| 世帯の状況について  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>両親世帯</b>                               | → 保育を必要とする事由の証明書類は、父・母必要  |
| <input type="checkbox"/> <b>両親世帯以外</b>                             | <input type="checkbox"/> <b>ひとり親世帯</b> → 保育を必要とする事由の証明書類は、父または母のみ必要<br><input type="checkbox"/> 離婚<br><input type="checkbox"/> 死別<br><input type="checkbox"/> 未婚<br><b>児童扶養手当受給制度はご存知ですか？</b><br><input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 支給停止中<br><input type="checkbox"/> 申請中<br><input type="checkbox"/> 未申請<br><br><input type="checkbox"/> <b>父母以外の保護者世帯</b> → 児童を監護している方の保育を必要とする事由の証明書類が必要 |
| 同居している65歳未満の祖父母について（令和7年度中に65歳になる方は除きます）<br>※住民票上は別でも同じ家にいる方も含みます。 |   |
| <input type="checkbox"/> <b>いる</b>                                 | → 該当者の保育を必要とする事由の証明書類が必要  |
| <input type="checkbox"/> <b>いない</b>                                |   |

### 入会にかかる希望確認について

●児童クラブに入会ができなかった場合

- ⇒ 入会待ちを、  する ※入会の調整ができましたら生涯学習課からご連絡いたします。  
 しない

●長期休業期間（春・夏・冬休み）に、児童クラブに入会ができなかった場合

- ⇒ 他の児童クラブの利用を、  希望する  
 希望しない

### 入会待ちになった場合の申込児童の保育について

- 祖父母などの親族が保育  
 民間学童保育の利用  
 ファミリーサポートセンターの利用  
 未定・検討中  
 その他（

）