

## 児童クラブ支援シート

児童クラブが必要に応じて、学校等関係機関と連携をとり、支援シート等の情報を共有することに同意した上で記入します。

記載日 令和 年 月 日

児童クラブ名	児童クラブ	学年	年生
ふりがな		保護者 氏名	
児童氏名			

1 学校（新1年生は保育所、保育園等）や家庭での様子について詳しく御記入ください。

好きなこと	※好きな遊び、もの、場所など		
苦手なこと	※苦手なもの、場所、活動など		
行動面における特徴		左記への対応方法	

2 健康状態等について該当する項目に○をつけてください。また、必要事項を御記入ください。

平 熱	度 分		
既往歴	※児童クラブで配慮が必要な既往歴がありましたら御記入ください。		
薬の服用	有 ・ 無	※有の場合 薬名：	
疾病・障がいの有無	有 ・ 無	※有の場合 診断名：	
特別支援学級の在籍	有 ・ 無	※有の場合 学級名：	
通級指導教室の在籍	有 ・ 無	※有の場合 学級名：	
疾病・障がいがある場合、普段の様子や対応方法について具体的に御記入ください。			

3 アレルギーについて、該当する項目に○をつけてください。

アレルギーの有無	有 ・ 無	アレルギー名( ) アレルギー ( )
----------	-------	------------------------

有に○をつけた方のみご記入ください。

症状	1 皮膚粘膜症状 (発疹・発赤・かゆみ・むくみ・蕁麻疹・その他 ) 2 消化器症状 (嘔吐・下痢・腹痛・その他 ) 3 呼吸器症状 (くしゃみ・咳・声がれ・喘息発作・その他 ) 4 重篤な症状 (アナフィラキシーショック・その他 )	
病型・治療	A 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載) 1 即時型    2 口腔アレルギー症候群    3 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	B アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1 食物 (原因        そば ) 2 食物依存性運動誘発アナフィラキシー    3 運動誘発アナフィラキシー    4 昆虫 5 医薬品    6 その他 ( )	
	C 緊急時に備えた処方薬 1 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)    2 アドレナリン自己注射薬 (「エピペン」) 3 その他 ( )	
エピペンの所持	有 ・ 無	※有の場合は保管場所を記載してください。
アレルギーについて、普段の様子や対応方法について具体的に御記入ください。		

#### 4 児童クラブでの生活上の留意点

A 食事 1 配慮不要 2 配慮必要	B 運動 1 管理不要 2 配慮必要
C 生活 1 配慮不要 2 配慮必要	D コミュニケーション 1 配慮不要 2 配慮必要
E 配慮が必要な場合は、御記入ください。	

5 世帯等について該当する項目に○をつけてください。

18歳以上の親族等 (主に祖父母)について	同居している ・ 同居していない
	同一敷地にいる ・ 同一敷地内にいない
	学区内にいる ・ 学区内にいない

6 その他、連絡事項や特記事項について、御記入ください。

その他、連絡事項や特記事項	
---------------	--

※記載している内容に変更が生じた場合は、速やかにクラブ職員にお知らせください。