

上越市放課後児童クラブ 支援シート

- ・初めてクラブを利用する方
- ・過去にクラブを利用したことがある方

| | | | |
|--------|----------|-------|----------------------------------|
| 児童クラブ名 | 放課後児童クラブ | 学校・学年 | 小学校 年生 |
| 児童氏名 | (男・女) | 利用形態 | 通年・夏休み・冬休み・春休み 緊急一時 (/ ~ /) |

学校や家庭での様子について（新1年生につきましては保育園、幼稚園時の様子もご記入ください）

| | | | |
|-----------|--|--------------------|-------------------|
| 好きなこと | ※好きな遊び・キャラクター・もの・場所・活動等 | | |
| 苦手なこと | ※苦手な場所・音・もの・活動等 | | |
| 食事 | 一人でできる・手伝いが必要 | 【特記事項】 | |
| 着替え | 一人でできる・手伝いが必要 | 【特記事項】 | |
| トイレ | 【排尿】 | 一人でできる・手伝いが必要・時間誘導 | 【特記事項】排泄のサインやリズム等 |
| | 【排便】 | 一人でできる・手伝いが必要・時間誘導 | |
| コミュニケーション | ※自分の思いを友達や先生に伝えることができるか、先生の話すことが分かるか等 | | |
| 行動面 | 行動面における特徴 | | 家庭や学校での対応方法 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・落ち着き ・友達との遊び ・片づけ ・気持ちの切替等 | | |

| | | |
|-----------|-----|--|
| こだわり行動の有無 | 有・無 | ※有の場合は具体的にご記入ください。（例）時間を気にする。決まった位置に物を置こうとする |
|-----------|-----|--|

健康状態等について（有無のどちらかを○で囲んでください） ※【お子さんの平熱： 度】

| | | | |
|---------------|-------|---|--------|
| 疾病・障害の有無 | 有 ・ 無 | ※有の場合 診断名： | |
| 疾病・障害の受診医療機関名 | | 服薬している薬 | 薬名： |
| 医師名 | | | 量/一日 |
| 特別支援学級の在籍 | 有 ・ 無 | ※有の場合 | 学級名 担任 |
| 通級指導教室 | 有 ・ 無 | ※有の場合 通っている学校名 ※変更があった場合はお知らせください。 | |
| 手帳の有無 | 有 ・ 無 | ※有の場合 【身体】 種 級【療育】 A ・ B 【精神】 1 級 ・ 2 級 | |
| 利用している福祉サービス | 有 ・ 無 | ※有の場合は事業所名等、具体的にご記入ください。 | |
| お子さんに関する相談窓口 | 有 ・ 無 | ※有の場合 こども発達支援センター等 | |

アレルギーについて

| | | |
|---|-------|----------------------------|
| アレルギーの有無 | 有 ・ 無 | ※有の場合、食品名、薬品名、症状等をご記入ください。 |
| <p>※有の場合、以下の質問にお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今まで誤食等でアレルギー症状及びアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？ （ あり ・ なし ） → ※ありの場合、以下の質問にお答えください。 ・ それは、いつ、どこで、何により、どんな症状でしたか？ いつ（ ）どこで（ ） 何により（ ） どんな症状（ ） ・ 内服薬は処方されていますか？（ あり ・ なし ） → 【薬名と薬の内容： 】 【処方された医療機関名： 】 ・ 日常生活で気をつけていることはありますか？（ ） | | |

| | | |
|------------|-------|------------------|
| ※エピペン所持の有無 | 有 ・ 無 | ※有の場合 保管場所（ ） |
|------------|-------|------------------|

※エピペン…アナフィラキシー補助治療剤

| | |
|---|--|
| 手術歴や既往症など、お子さんがクラブで生活するにあたって配慮が必要なことがありましたらご記入ください。 | |
|---|--|

※記載した内容に変更が生じた場合は、クラブ職員にお知らせください。