

記入日 令和 年 月 日

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

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
-----------	-----	--

●発達支援等について（有無のどちらかを○で囲んでください） ※【お子さんの平熱： 度】

医学的な診断 の有無	有 ・ 無	※有の場合 診断名：		
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		

●健康状態・アレルギー等について（有無のどちらかを○で囲んでください）

※1 つでも「有」に○がついた方は別途「疾病状況及び医療用医薬品に関わる確認書」を提出ください。

疾病の有無	有 ・ 無	アレルギーの有無	有 ・ 無	エピペン所持の有無 ※エピペン…アナフィラキシー補助治療剤	有 ・ 無
-------	-------	----------	-------	----------------------------------	-------

※アレルギーの有無が「有」の場合、以下の質問にお答えください。

・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（ ）

・日常生活で気をつけていることはありますか？（ ）

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。