

様式第3号（第4条関係）

児童生活状況調査書

児童クラブ名	放課後児童クラブ		学 年	年生
ふりがな 児童氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日	
住 所	〒344- 春日部市			
家族構成	父・母・きょうだい（ ）・祖父・祖母・その他（ ）			
保護者の 休業日	父	月・火・水・木・金・土・その他（ ）		
	母	月・火・水・木・金・土・その他（ ）		
ケガや急病 時の連絡先	順位	ふりがな 氏 名	続 柄 電 話 番 号	
	①		父・母・祖父母・その他（ ） — —	
	②		父・母・祖父母・その他（ ） — —	
	③		父・母・祖父母・その他（ ） — —	
児童の帰宅	迎え	父・母・祖父・祖母・その他（ ）	迎えの 時間	時 分
今までに かかった 主な病気	<ul style="list-style-type: none"> ・麻疹（はしか）・水痘（みずぼうそう） ・おたふくかぜ・風疹（三日はしか） ・りんご病・ロタウイルス感染症 		済んで いる 予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・麻疹（はしか） ・水痘（みずぼうそう） ・おたふくかぜ ・風疹（三日はしか） ・ロタウイルス感染症
大病をしたことがありますか		無・有（ ）		
持病をもっていますか（アレルギー等）		無・有（ ）		
かかりつけの病院				
平 熱	℃	習い事	曜日	時 間
通っていた幼稚園・保育所（園）等				: ~
				: ~
				: ~

裏面も記入してください

父	氏名	
	勤務先名称	
	所在地	
	電話番号	()
	勤務時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで
母	氏名	
	勤務先名称	
	所在地	
	電話番号	()
	勤務時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで
特記すべき家庭状況		※ 該当する場合はチェックし、必要事項を記入してください
<input type="checkbox"/> 入室児童が障害者手帳を有している、特別支援学級に在籍している、又は障害を有していることの医師の診断を受けている (障害の内容又は診断の内容：)		
<input type="checkbox"/> 父母のいずれかが単身赴任等により生活を別にしてしている		
<input type="checkbox"/> 市外から転入予定である 現住所 〒 —		
<input type="checkbox"/> 市内で転居予定がある 転居後住所 〒 —		
<input type="checkbox"/> その他注意して欲しいこと		

様式第3号（第4条関係）

児童生活状況調査書

児童クラブ名	春日部 放課後児童クラブ		学 年	1 年生	
ふりがな	かすかべ いちろう		性別	生年月日	
児童氏名	春日部 一郎		男・女	H22 年 12 月 7 日	
住 所	〒344-8577 春日部市中央六丁目2番地 シティホール春日部101				
家族構成	父・母・きょうだい（弟）・祖父・祖母・その他（ ）				
保護者の休業日	父	月・火・水・木・金・土・その他（日・祝）			
	母	月・火・水・木・金・土・その他（シフトによる）			
ケガや急病時の連絡先	順位	ふりがな 氏 名	続 柄 電 話 番 号		
	①	かすかべ はなこ 春日部 花子	父・母・祖父母・その他（ ） 234 - 567 - 8901		
	②	かすかべ たろう 春日部 太郎	父・母・祖父母・その他（ ） 123 - 456 - 7890		
	③	しょうわ つぎお 庄和 次男	父・母・祖父母・その他（伯父） 048 - 000 - 0001		
児童の帰宅	迎え	父・母・祖父・祖母・その他（ ）		迎えの時間	時 分
今までにかかった主な病気	・麻疹（はしか）・水痘（みずぼうそう） ・おたふくかぜ・風疹（三日はしか） ・りんご病・ロタウイルス感染症		済んで いる 予防接種	・麻疹（はしか） ・水痘（みずぼうそう） ・おたふくかぜ ・風疹（三日はしか） ・ロタウイルス感染症	
大病をしたことがありますか	無・有（ ）				
持病をもっていますか（アレルギー等）	無・有（ たまごアレルギー ）				
かかりつけの病院	△△こどもクリニック				
平 熱	36.5 °C		習い事	曜日	時 間
通っていた幼稚園・保育所（園）等	ゆりのき保育所				: ~
					: ~
					: ~

裏面も記入してください

父	氏名	春日部 太郎
	勤務先名称	株式会社 ○○○
	所在地	○○市○○1丁目○○番地
	電話番号	123 (456) 7890
	勤務時間	午前・午後 9時00分 から 午前・午後 6時00分 まで
母	氏名	春日部 花子
	勤務先名称	○○○○株式会社 △△支店
	所在地	○○市○○3丁目○○番地
	電話番号	234 (567) 8901
	勤務時間	午前・午後 9時00分 から 午前・午後 5時30分 まで
特記すべき家庭状況		※ 該当する場合はチェックし、必要事項を記入してください
<input type="checkbox"/> 入室児童が障害者手帳を有している、特別支援学級に在籍している、又は障害を有していることの医師の診断を受けている (障害の内容又は診断の内容：)		
<input type="checkbox"/> 父母のいずれかが単身赴任等により生活を別にしてしている		
<input type="checkbox"/> 市外から転入予定である 現住所 〒 —		
<input type="checkbox"/> 市内で転居予定がある 転居後住所 〒 —		
<input type="checkbox"/> その他注意して欲しいこと (例)・持病の薬を持たせているので、おやつ後に飲ませて欲しい ・近所に祖父母が住んでいる ・住民票の氏名とは異なる通称名で学校に通っている。学校では山田姓、両親は離婚協議中		