

児童状況調査票

放課後ルーム

※すべての申込児童が、下記①～⑧にいずれも該当しない場合は、本調査票の提出は不要です。

◇申込児童について、以下①～⑧の質問項目にあてはまる場合は、表の左の欄に○を記入し、その他の欄についてもご記入ください。

◇ご記入いただいた内容について、放課後こども支援課より詳しく聞かせていただくことがあります。

小学校		連絡可能な保護者	連絡先
(続柄)		(	)

1人目	新学年 年	フリガナ 児童名	1人目の児童について 過去、同じ学校での「のびのびルーム」の利用実績について (有 無) 過去、同じ学校での「放課後ルーム」の利用実績について (有 無)
アナフィラキシーについて			お子様の健康面や行動面、生活面等であらかじめお伝えしておきたいことがありましたらご記入ください。
		①アレルギーがあり、生活面で除去食等の対応が必要である アレルギー ()	
		②ルームでのエピペン®対応を希望する	
		③ルームでのアドレナリン点鼻液 (ネフィー®) 対応を希望する	
投薬対応について			
		④ルームでの下記いずれかの投薬対応を希望する	
		⑤対応を希望する薬を○で囲んでください。(下記に無い薬については対応対象外です。) ・てんかん坐薬 ・ジアゼパム点鼻液 (スビジア®) ・てんかん発作時の口腔用液 (プロラム®) ・グルカゴン点鼻粉末剤 (バクスミー®)	
発達に関するについて			
		⑥支援学級に在籍または在籍予定	
		⑦身体・知的・発達についての診断を受けたことがある (診断名)	
		⑧食事・排泄・着替え等に大人(指導員)の介助が必要	
2人目	新学年 年	フリガナ 児童名	2人目の児童について 過去、同じ学校での「のびのびルーム」の利用実績について (有 無) 過去、同じ学校での「放課後ルーム」の利用実績について (有 無)
アナフィラキシーについて			お子様の健康面や行動面、生活面等であらかじめお伝えしておきたいことがありましたらご記入ください。
		①アレルギーがあり、生活面で除去食等の対応が必要である アレルギー ()	
		②ルームでのエピペン®対応を希望する	
		③ルームでのアドレナリン点鼻液 (ネフィー®) 対応を希望する	
投薬対応について			
		④ルームでの下記いずれかの投薬対応を希望する	
		⑤対応を希望する薬を○で囲んでください。(下記に無い薬については対応対象外です。) ・てんかん坐薬 ・ジアゼパム点鼻液 (スビジア®) ・てんかん発作時の口腔用液 (プロラム®) ・グルカゴン点鼻粉末剤 (バクスミー®)	
発達に関するについて			
		⑥支援学級に在籍または在籍予定	
		⑦身体・知的・発達についての診断を受けたことがある (診断名)	
		⑧食事・排泄・着替え等に大人(指導員)の介助が必要	
3人目	新学年 年	フリガナ 児童名	3人目の児童について 過去、同じ学校での「のびのびルーム」の利用実績について (有 無) 過去、同じ学校での「放課後ルーム」の利用実績について (有 無)
アナフィラキシーについて			お子様の健康面や行動面、生活面等であらかじめお伝えしておきたいことがありましたらご記入ください。
		①アレルギーがあり、生活面で除去食等の対応が必要である アレルギー ()	
		②ルームでのエピペン®対応を希望する	
		③ルームでのアドレナリン点鼻液 (ネフィー®) 対応を希望する	
投薬対応について			
		④ルームでの下記いずれかの投薬対応を希望する	
		⑤対応を希望する薬を○で囲んでください。(下記に無い薬については対応対象外です。) ・てんかん坐薬 ・ジアゼパム点鼻液 (スビジア®) ・てんかん発作時の口腔用液 (プロラム®) ・グルカゴン点鼻粉末剤 (バクスミー®)	
発達に関するについて			
		⑥支援学級に在籍または在籍予定	
		⑦身体・知的・発達についての診断を受けたことがある (診断名)	
		⑧食事・排泄・着替え等に大人(指導員)の介助が必要	

- ◎ ルームでは原則、医療行為を行うことができません。また服薬は利用児童本人でしていただき、ルームでは原則、薬は預かりません。
- ◎ 緊急時は保護者の方への連絡及び救急搬送処置を行います。
- ◎ ②～⑤について、特定医薬品対応を希望される方は、後日送付する書類に必要事項を記入の上、放課後こども支援課へ提出してください。