児童状況調査票

堺っ子すく

※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、表の左の欄に〇を記入し、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。
◇また、新1年生の児童については、実情に応じて就学前施設に観察や聞き取りの電話を入れることがありますので、予めご了承ください。

小学校	**連絡可能な保護者** （続柄　　）	**連絡先** （　　－　　－　　）

1人目	**新学年** 年	**フリガナ** **児童名**	**就学前施設（新1年生のみ記入）**	1人目の児童について 過去、同じ学校での「堺っ子くらぶ」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 アレルゲン（　　）			
	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〇で囲んでください。（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（スピジア®） ・てんかん発作時の口腔用液（プコラム®）　・グルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）			
発達に関することについて				
	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**	**就学前施設（新1年生のみ記入）**	2人目の児童について 過去、同じ学校での「堺っ子くらぶ」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 アレルゲン（　　）			
	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〇で囲んでください。（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（スピジア®） ・てんかん発作時の口腔用液（プコラム®）　・グルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）			
発達に関することについて				
	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**	**就学前施設（新1年生のみ記入）**	3人目の児童について 過去、同じ学校での「堺っ子くらぶ」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 アレルゲン（　　）			
	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〇で囲んでください。（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（スピジア®） ・てんかん発作時の口腔用液（プコラム®）　・グルカゴン点鼻粉末剤（バクスミー®）			
発達に関することについて				
	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。