

児童カード

令和 年 月 日現在

氏名		生年月日	平成 年 月 日(歳)
住所		電話番号	()
健康状況	(現在かかっている病気や日常飲んでいる薬、アレルギー等その他健康上留意しなければならないことがあれば具体的に記載してください。)		
該当するものに○をお願いします			
	食物アレルギー (たまご ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ ピーナッツ ・ えび ・ かに)		
	気管支喘息		
	アトピー性皮膚炎		
	アレルギー性鼻炎 ・ 結膜炎		
その他 ()			
特記事項	小学校の特別支援学級に通級する、もしくは在籍する児童は、明記をお願いします		
クラブ退所予定時間			
自宅からクラブまでの略図			
緊急連絡先 (氏名・続柄・電話番号)	1.	2.	
保護者帰宅困難時 代わりにお迎えにみえる方 (氏名・続柄・電話番号)	1.	2.	
緊急時引き取り者	①	②	③ ④

学童保育所 日の本クラブ 入所に関する同意書

(お子様を安全、安心に預かるため、ご確認いただき、□にチェックをして、同意をお願いします。)

《教育保育の手引き P.1 をご確認ください》

- 学童から通う習い事等への行き帰りの事故については、日の本クラブに一切責任を問いません。
- 学童登所時、お子様の所在が下校時刻から 30 分を経過しても、所在が分からない場合は、警察に通報することに同意します。
- お子様のお迎えは、保護者（もしくは保護者の代理人）が行います。
- お子様の急病時などに連絡する緊急連絡先は、必ずつながる電話番号を入会申込書に記載しています。

《教育保育の手引き P.2 をご確認ください》

- 入所の承認を取り消す場合の 3 点に同意します。

《教育保育の手引き P.3 をご確認ください》

- 学校が臨時休校・緊急下校になった場合は、学童は休所になることを確認しました。

《教育保育の手引き P.4 をご確認ください》

- 苦情解決窓口を確認しました。

《教育保育の手引き P.5 をご確認ください》

- 「個人情報保護方針」2 個人情報の利用について同意します。
- 緊急時における避難経路を確認しました。

《その他》

- コロナウィルス等の感染症にお子様が発生した場合、日の本クラブには一切責任は問いません。

「教育保育の手引き」を確認し、上記の点を同意いたします。

児童名 _____

保護者名 _____

⑩

写真・映像等の撮影・掲載承諾書

私は、貴法人(社会福祉法人 日の本福祉会)に対し、子供が写っている写真及び映像等を貴法人が下記の目的と方法で使用することを承諾します。

写真及び映像等は貴法人へ提供し、下記に定める範囲で使用を認めます。

- (1) 学童内の掲示板への写真の掲示 (行事の様子など) **内部のみ**
- (2) 当法人の活動報告等で行政に提出する資料などへの掲載 **特定の方への周知**
- (3) HP や会社説明会等での写真・動画の使用 **不特定多数に対して掲載**

記

- 1 撮影した写真及び映像等は、社会福祉法人 日の本福祉会が行う上記の報告や広報活動のために使用し、これ以外の目的には使用いたしません。
- 2 写真及び映像等の使用期間はありません。
- 3 プライバシー保護のため、写真及び映像等の使用媒体へ氏名の掲載はいたしません。また、名前を類推できるような写真を使用いたしません。

上記に同意し、以下に署名します。

記入日：令和6年 月 日

(1) ~ (3) について同意します。

その他

()

保護者氏名：

お子様氏名 (学年)：

*裏面の「食物アレルギーの対応について」をよくお読みになってからご記入ください

食物アレルギー対応票

記入日 年 月 日

*主治医の指導により配慮が必要なことから、「学校生活管理指導表」のコピーを添えて放課後児童クラブの対応を希望します。

児童氏名：	男・女	生年月日：
保護者氏名：	㊟	住所：

緊急連絡先

	氏名	続柄	電話番号	備考
1			(自宅・職場・携帯)	
2			(自宅・職場・携帯)	
3			(自宅・職場・携帯)	

主治医

医療機関名：	主治医名：
電話番号：	住所：

上記医療機関への受診は、(およそ 月ごと・年1回以上・必要時)

最後に受診したのは、(令和 年 月 日)

緊急時に備えた処方薬が、(ある・ない) *あると回答された方のみ以下に記入をしてください

内服薬 () アドレナリン自己注射薬(エピペン®) その他 ()

原因食物と除去の根拠

原因食物	除去根拠	【除去根拠】
1. 鶏卵	《 》	*該当する数字をすべて《 》内に記載してください
2. 牛乳 乳製品	《 》	①摂取で明らかな症状が出たことがある
3. 小麦	《 》	②食物経口負荷試験で陽性だった
4. ソバ	《 》	③IgE抗体等の検査結果が陽性だった
5. ピーナッツ	《 》	④未摂取(家で食べた事が無い)
6. 甲殻類	《 》	6.以下の()には具体的な食材名を記載してください
7. 木の実類	《 》	(すべて・エビ・カニ)
8. 果物類	《 》	(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド)
9. 魚類	《 》	()
10. 肉類	《 》	()
11. その他1	《 》	()
12. その他2	《 》	()

アナフィラキシーショックの経験の有無

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (回数： 回・最後の発症： 年 月・原因：)
*アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。

緊急時の対応

--

放課後児童クラブでの生活における留意点

(記入例)放課後児童クラブにおける飲食は自宅より持参したものに限り。
