

児童票兼健康管理カード

		記入日	年	月	日
フリガナ		学 年	小学校		
氏 名		年 生	小学校		
平 熱	℃	血液型	型		
持病・病歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
障がい等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()手帳有 <input type="checkbox"/>				
その他健康上 気を付ける事					
性格・行動	長 所				
	短 所				
遊 び	良く遊ぶ場所				
	好きな遊び				
	仲の良いお友達				
家庭でのお手伝いや取り組んでいること					
学童保育に希望する事 取り組んでほしい事等 ご要望をご記入ください					
どのような大人に育てたいですか					
希望される 利用曜日・時間	○印	利用時間	備 考(習い事等)		
	月	~			
	火	~			
	水	~			
	木	~			
	金	~			
	土	~			
かかりつけの病院					
内 科		電 話		主治医	
外 科		電 話		主治医	