

理英会アフタースクール池袋校 児童情報シート

I 児童基本情報

ふりがな		性別	男・女			
児童氏名		学年	現・新	年	組	
参加希望日等						
利用希望曜日	曜日	参加希望 (○)	帰宅方法			備考 (迎え予定者、中抜け等)
			一人帰り (17:00まで)	引率 (17:30・18:30)	お迎え予定時刻	
	月		時 分	時 分	時 分頃	
	火		時 分	時 分	時 分頃	
	水		時 分	時 分	時 分頃	
	木		時 分	時 分	時 分頃	
金		時 分	時 分	時 分頃		
レギュラー いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 週5日毎日利用 <input type="checkbox"/> 週4~5日程度 <input type="checkbox"/> 週3~4日程度 <input type="checkbox"/> 他()					
スポット いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 週に 日程度 <input type="checkbox"/> 月に 日程度 <input type="checkbox"/> 長期休暇中心 <input type="checkbox"/> 決めていない(不定期)					
アフタースクール 併用利用有無	有・無 ※有る場合 (利用施設名)					

II 健康状態等について

児童の平熱	℃	児童の血液型	型
身体 ※該当する項目に○	疲れやすい・熱を出しやすい・鼻血を出しやすい・咳が出やすい・嘔吐しやすい 下痢になりやすい・かぶれやすい・喘息・アトピー・ その他、かかりやすい病気()		
食物以外のアレルギー	なし・あり	何のアレルギーですか? (エピペンの処方: なし・あり) (内服薬: なし・あり⇒)	
今までにかかった主な病気	なし・あり	はしか・水ぼうそう・おたふくかぜ・盲腸・自家中毒 中耳炎・その他()	
常用薬	なし・あり	使用している常用薬があれば記入してください。	
通院の有無	なし・あり	通院中の病院等あれば記入してください。	
かかりつけ医(あれば)			

III アレルギーやおやつ提供について

食物アレルギーの有無	無・有 → 「有」の場合() (注意事項) (エピペンの処方: なし・あり)		
食生活について	好きな食べ物		
	嫌いな食べ物		
ご家庭の食べ物方針(あれば)	※チョコレートNGなど		
その他メモ			

