取扱注意

# 学童クラブ支援シート

重要

名前（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　　H・R＿＿年＿＿月＿＿日生（＿＿＿歳）

**・学童生活上の留意点（生活面、健康面等）**

**・第十小学校の新１年生又は新２年生のうち「山王森学童クラブ」が指定学童である場合、中原学童クラブ（学校敷地内）を希望することが可能です。希望する場合はその旨をご記入ください。**

**【障害について】**

1. 身体障害者手帳を持っていますか？　・はい（　　級）　・いいえ
2. 愛の手帳を持っていますか？　・はい（　　度）　・いいえ
3. 医療機関を受診していますか？　・はい（過去含む）　・いいえ
4. 学校の支援級や支援教室に通っていますか？
   ・はい（名称　　）　・いいえ

**【食物アレルギー病型】**

1. 即時型　2. 口腔アレルギー症候群　3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

**【アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）】**

1. 食物（　　）　2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3. 運動誘発アナフィラキシー　4. 昆虫（　　）
5. 医薬品　6. その他（　　）

**【該当する食べ物等】**

1. 卵　2. 牛乳・乳製品　3. 小麦　4. 大豆　5. そば　6. ピーナッツ
7. 甲殻類（エビ・カニ）　8. 種実類・木の実類（　　）
9. 果物類（　　）10. 魚類（　　）
11. 肉類（　　）12. その他（　　）

13. 該当する食べ物は製造ラインを含みますか？　・はい　・いいえ

**【緊急時に備えた処方薬】**

1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2. アドレナリン自己注射薬（エピペン）
3. その他（　　）

**【おやつ】**

1. 管理不要
2. 要相談

**【放課後等デイサービスに通っていますか？】**

・はい（名称　　）　・いいえ