

放課後ルーム入所児童状況調査票【A】

フリガナ		性別	〔 〕 放課後ルーム			
児童氏名		男・女	生年月日	平成	年	月 日

1. 申請内容の確認について

(1) 入所を希望する期間	
いずれか一つに☑をしてください。	☐ 令和7年__月 ~ 令和8年3月（年間で利用）
	☐ 長期休暇期間のみ ※入所を希望する月すべてに☑をしてください。 → ☐ R7年7月 ☐ R7年8月 ☐ R7年12月 ☐ R8年1月 ☐ R8年3月 ※R7年4月以降は別途申請が必要です。
	☐ 出産月をはさんで前後2か月間（出産が理由の場合のみ）
(2) 児童育成料（利用料）の減免申請	
いずれか一つに☑をしてください。 ※別紙（水色の紙）「児童育成料の減免について」 をご確認ください。	☐ 申請しない
	☐ 申請する →「児童育成料減免申請書」を提出してください。 ※該当する理由すべてに☑をしてください。 理由を選択→ ☐ きょうだいで入所するため ☐ 所得が少ないため ☐ 生活保護を受けているため
(3) おやつ提供	
① 食物アレルギーはありますか。	☐ はい → ① 該当するアレルギーすべてに☑をしてください。 ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ えび ☐ かに ☐ くるみ ☐ そば ☐ 落花生 ☐ その他() → ② エピペンの処方がありますか ☐ はい / ☐ いいえ ※エピペンのお預かりはできません。保管場所（ランドセル等） を放課後ルームへお知らせください。
	☐ いいえ
② いずれか一つに☑をしてください。 ※おやつ献立は、船橋市ホームページを参考にしてください。 ※以下の13品目については、おやつに使用していません。 (そば、ピーナッツ(落花生)、アーモンド、カシューナッツ、けし、まつ、ピスタチオ、ブラジルナッツ、ヘーゼルナッツ、ペカンナッツ、マカダミアナッツ、くるみ、キウイフルーツ)	☐ 通常献立おやつ提供を受ける →①で「はい」と回答している場合は右欄に☑をしてください。 「食物アレルギーがあるが、おやつは通常献立で問題ない」 ☐ チェック
	☐ 特定原材料8品目不使用献立おやつ提供を受ける →「入所事項変更届(おやつ停止・再開・献立変更用)」を提出してください。
	☐ おやつ提供を受けるが、アレルギーや疾病のため一部除去を依頼する →「おやつ除去依頼届」を提出してください。
	☐ 特別な事情があるため、おやつ提供は受けず持参する →「入所事項変更届(おやつ停止・再開・献立変更用)」を提出してください。

2. 家庭の状況

(1) 保護者の状況			
① 父母どちらかが単身赴任をしており、児童本人と別居していますか。	☐ はい → ☐ 父 / ☐ 母 ※該当する場合、☑をしてください。		
	☐ いいえ		
② ひとり親家庭の場合は、該当するものに☑をしてください。	☐ 離婚 → 時期 年 月頃		
	☐ 死別		
	☐ 未婚		
(2) 通勤時間			
父母どちらかの通勤時間が片道2時間以上かかりますか。	☐ はい		
	☐ いいえ		
(3) 同居の家族			
児童本人を含めて、同居している人数を記入してください。 (例)父・母・児童本人・児童の妹・祖父で住んでいる場合…同居人数：5人	〔 〕 人 ※「放課後ルーム入所申請書」の「保護者以外の同居者の状況」と相違がないようにしてください。		
(4) 祖父母の状況			
児童本人の祖父母の状況について、それぞれに☑をしてください。 ※祖父母が別居していて、市内在住の場合は、住所を記入してください。	父 方	祖父	☐ 同居 ☐ 死別 ☐ 不明 ☐ 市外在住 ☐ 市内在住→住所〔 船橋市 〕
		祖母	☐ 同居 ☐ 死別 ☐ 不明 ☐ 市外在住 ☐ 市内在住→住所〔 船橋市 〕
	母 方	祖父	☐ 同居 ☐ 死別 ☐ 不明 ☐ 市外在住 ☐ 市内在住→住所〔 船橋市 〕
		祖母	☐ 同居 ☐ 死別 ☐ 不明 ☐ 市外在住 ☐ 市内在住→住所〔 船橋市 〕

裏面「放課後ルーム入所児童状況調査票【B】」も、忘れずにご記入ください。

放課後ルーム入所児童状況調査票【B】

フリガナ		性別	〔 〕 放課後ルーム			
児童氏名		男・女	生年月日	平成	年	月 日

1. 出身保育園等について ※新1年生のみ記入してください。

通っている(通っていた)保育園・幼稚園等の名前を記入してください。	〔 〕 ☐ 保育園 ☐ 幼稚園 ☐ 認定こども園
-----------------------------------	--

2. 申請児童について

※新1年生・現在放課後ルームを利用中ではない場合…すべて記入してください。

※現在放課後ルームを利用中の方…変更がある項目のみ記入してください。

1. 健康状況

就学時健康診断や直近の健康診断で指摘がありましたか。	☐ はい → 指摘内容〔 〕 ☐ いいえ
視力や聴力が気になって受診したことはありますか。	☐ はい → 受診内容〔 〕 ☐ いいえ
常用している薬はありますか。	☐ はい → 薬の名称〔 〕 → 何の薬ですか〔 〕 ☐ いいえ

2. 予防接種・体質・病気等

1回でも接種したことがある予防接種に☑をしてください。	【定期接種のもの】 ☐ BCG ☐ MR(麻しん・風しん) ☐ B型肝炎 ☐ ヒブ ☐ 肺炎球菌 ☐ 水ぼうそう ☐ 四種混合(□ポリオ/□三種混合) ☐ 日本脳炎 ☐ ロタ 【任意で受けるもの】 ☐ おたふくかぜ ☐ 髄膜炎菌 ☐ インフルエンザ ☐ その他()
体質について、該当するものすべてに☑をしてください。 ※該当するものがある場合は詳しい症状を記入してください。	☐ 熱が出やすい ☐ 便秘症(日以上) ☐ 風邪をひきやすい ☐ 湿疹 ☐ ヘルニア ☐ 吐きやすい ☐ 下痢をしやすい ☐ 喘息 ☐ 低血糖 →発作が起きた際のグルカゴン点鼻粉末剤(バクスマー®)の使用について医師から指示が出ていますか。 ☐ はい / ☐ いいえ ※該当する場合は別途提出が必要な書類がありますので、地域子育て支援課へお問い合わせください。 ☐ その他() →詳しい症状〔 〕
今までにかかった病気について、該当するものすべてに☑をしてください。 ※該当するものがある場合は、かかった時期や現在の状況等を詳しく記入してください。	☐ 心臓疾患 ☐ 熱性けいれん ☐ 自家中毒 ☐ 麻しん ☐ 風しん ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ 百日咳 ☐ 中耳炎 ☐ 脱臼 ☐ その他〔 〕 ☐ てんかん →発作が起きた際の坐薬の挿入(またはブコラム口腔用液)について医師から指示が出ていますか。 ☐ はい / ☐ いいえ ※該当する場合は別途提出が必要な書類がありますので、地域子育て支援課へお問い合わせください。 ※発作予防での坐薬挿入は該当しません。 →詳しい状況〔 〕
運動制限はありますか。	☐ はい → 制限内容〔 〕 ☐ いいえ

3. 発達面

健康・発達面のことで専門機関に相談や通所をしたことがありますか。	☐ はい → ① 該当の専門機関に☑をしてください。 ☐ こども発達相談センター ☐ 総合教育センター ☐ 児童相談所 ☐ マザーズホーム ☐ 病院(病院) ☐ その他〔 〕 → ② 相談内容、現在の状況等を詳しく記入してください。 (歳頃 について) ☐ いいえ
障害がありますか。	☐ はい → ① 該当するものに☑をしてください。 ☐ 注意欠陥/多動性障害(ADHD) ☐ 知的障害 ☐ 学習障害(LD) ☐ 自閉症スペクトラム(ASD) ☐ 身体的な障害() ☐ その他() → ② 療育手帳または身体障害者手帳をお持ちですか。 ☐ はい / ☐ いいえ ※手帳をお持ちの場合は、写しをご提出ください。 → ③ 特別支援学級に在籍している、または在籍予定ですか。 ☐ はい / ☐ いいえ ☐ いいえ

4. その他

申請するにあたり、心配なことや伝えておきたいことがありますたらご記入ください。	
---	--

表面「放課後ルーム入所児童状況調査票【A】」も、忘れずにご記入ください。