

## 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・令和 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。	<input type="checkbox"/> 令和8年__月 ~ 令和9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。 <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> R8年7月 <input type="checkbox"/> R8年8月 <input type="checkbox"/> R8年12月 <input type="checkbox"/> R9年1月 <input type="checkbox"/> R9年3月 ※R9年4月以降は別途申請が必要です。 <input type="checkbox"/> 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(緑色の紙)「児童育成料の減免について」をご確認ください。	<input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 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 → <input type="checkbox"/> きょうだいで入所するため <input type="checkbox"/> 所得が少ないため <input type="checkbox"/> 生活保護を受けているため
(3) おやつを提供	
① 食物アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> はい → ① 該当するアレルゲンすべてに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> その他( ) → ② エピペンの処方がありますか <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> 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。
② いずれか一つに☑をしてください。 おやつを提供を受ける、かつ、アレルギーや疾病のため一部除去を依頼する場合に限り、2箇所☑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)	<input type="checkbox"/> 通常献立おやつを提供を受ける <span style="float: right;">チェック <input type="checkbox"/></span> → 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」 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特定原材料8品目不使用献立おやつを提供を受ける → 「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。
	<input type="checkbox"/> おやつを提供を受けるが、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。
	<input type="checkbox"/> 特別な事情があるため、おやつを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。	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 父 / <input type="checkbox"/> 母 ※該当する場合、☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 離婚 → 時期 年 月頃 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。  ※祖父母が同居していて、65歳未満の場合は、就労証明書が必要です。  ※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。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">父 方</td> <td style="width: 10%;">祖父</td> <td><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">) )</td> </tr> <tr> <td>祖母</td> <td><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">母 方</td> <td>祖父</td> <td><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">) )</td> </tr> <tr> <td>祖母</td> <td><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住</td> </tr> </table>	父 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住	) )	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住	母 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住	) )	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住
父 方	祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住	) )									
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住											
母 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住	) )										
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住											

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・令和 年 月 日

### 1. 出身保育園等について ※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・幼稚園等の名前を正式名称で記入してください。	〔 _____ 〕
	<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園

### 2. 申請児童について

※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。

<b>1. 健康状況</b>	
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。	<input type="checkbox"/> はい → 指摘内容〔 〕 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい → 受診内容〔 〕 <input type="checkbox"/> いいえ
常用している薬はありますか。	<input type="checkbox"/> はい → 薬の名称〔 〕 → 何の薬ですか〔 〕 <input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 予防接種・体質・病気等</b>	
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。	<b>【定期接種のもの】</b> <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 四種混合(☐ポリオ/☐三種混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタ
	<b>【任意で受けるもの】</b> <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 便秘症( 日以上) <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ <small>※該当する場合は別途提出が必要な書類がありますのでお問い合わせください。</small> <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> てんかん → 発作が起きた際の坐薬の挿入(またはプロラム口腔用液)について医師から指示が出ていますか。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ <small>※該当する場合は別途提出が必要な書類がありますので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。</small>
→詳しい状況	〔 _____ 〕
運動制限はありますか。	<input type="checkbox"/> はい → 制限内容〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> いいえ
<b>3. 発達面</b>	
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。	<input type="checkbox"/> はい → ① 該当の専門機関に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> こども発達相談センター <input type="checkbox"/> 総合教育センター <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> マザーズホーム <input type="checkbox"/> 病院( 病院) <input type="checkbox"/> 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 〕
	<input type="checkbox"/> いいえ
障害がありますか。	<input type="checkbox"/> はい → ① 該当するものに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 注意欠陥/多動性障害(ADHD) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習障害(LD) <input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム(ASD) <input type="checkbox"/> 身体的な障害( ) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>4. その他</b>	
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し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。