②　令和６年度（２０２４年度）

児　童　状　況　表

秘

※ 伊丹市立児童くらぶに入所される際の資料となりますので、具体的にご記入ください。

児童氏名		学校名	小学校	新	年	平熱	度
				現	年　組		

【家族構成】（生計を同一とする家族の状況）　※児童本人以外ご記入ください。

	氏 名	児童との続柄	生年月日	就労先・学校等	所在地（市町）［就労の方のみ］	備考（子育て支援課使用欄）
代表保護者			年　月　日			就労日　月・火・水・木・金・土 固定・シフト　週　日 終業時間　時　分 通勤時間　分
保護者			年　月　日			就労日　月・火・水・木・金・土 固定・シフト　週　日 終業時間　時　分 通勤時間　分
Wワーク記載欄	※Wワークされている場合記入してください。		年　月　日			就労日　月・火・水・木・金・土 固定・シフト　週　日 終業時間　時　分 通勤時間　分
－			年　月　日			在学・在園・申請中
－			年　月　日			在学・在園・申請中
－			年　月　日			在学・在園・申請中
－			年　月　日			在学・在園・申請中
－			年　月　日			在学・在園・申請中
－			年　月　日			在学・在園・申請中

【緊急連絡先】※警報発令時等に連絡がつきやすい順にご記入ください。

【個人の緊急連絡先】

	保護者氏名（続柄）	電話番号		保護者氏名（続柄）	電話番号
①	（続柄：　）		②	（続柄：　）	
	氏名（続柄）	電話番号		氏名（続柄）	電話番号
③	（続柄：　）		④	（続柄：　）	

【勤務地の緊急連絡先】

	就労先名（続柄）	電話番号		就労先名（続柄）	電話番号
①	（続柄：　）		②	（続柄：　）	

１．アレルギー等　□ なし　□ あり ⇒（アレルギー名）

２．エピペンの所持　□ なし　□ あり

※エピペンとは、医師の治療を受けるまでの間、アナフィラキシー症状の進行を一時的に緩和し、ショックを防ぐための補助治療剤のことです。

３．障害者手帳の交付状況　□ なし　□ あり　※手帳の写しを添付してください。

４．特別支援学級への在籍（予定含む）　□ なし　□ あり

５．就学前施設（保育所等）での特別支援学級等への在籍　□ なし　□ あり

６．サポートファイル「ステップ★ぐんぐん」の所持　□ なし　□ あり

７．既往病歴、持病、特記事項等（現在または過去にかかった病気があれば、☑をつけてください。）

□ 特になし　□ けいれん　□ てんかん　□ 心臓病　□ 腎臓病　□ ぜんそく

□ その他　（　　）

８．児童について児童支援員に伝えておきたいこと（特になければ「特になし」とご記入ください。）

９．かかりつけの医院

医院名＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿　医院名＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿

10．児童くらぶ入退室管理システムアプリ「コドモン」の登録について

今までに児童くらぶを利用し、当該児童のコドモンアプリに登録したことがありますか。　□ あり　□ なし