

自宅付近の地図（小地区の目印になるものからかいてください。）
 ご自宅の特徴・車を止めてよい場所をお知らせいただくと助かります。
 学年で下校するとき1人になる区間があれば赤でなぞってください。

《健康調査》いずれかに○を付けてください

心臓疾患（無・有（病名：_____））	頭部の打撲（無・有）	平熱 °C
腎臓疾患（無・有（病名：_____））	ぜんそく（無・有）	
てんかん（無・有（いつから H 年 月頃から））	湿布のアレルギー（無・有）	
絆創膏のアレルギー（無・有）	ラテックス（ゴム）アレルギー（無・有）	
食欲・偏食（_____） その他（_____）		

《食物アレルギー》	原因となる食べ物及び症状	家庭での対応
食物アレルギー（無・治療中・有）		
医師からの除去食の指示（無・有）		
アナフィラキシー反応（無・有） エピペン（無・有）		

麻疹ワクチン接種歴 ①H 年 月 日 ・ ②H 年 月 日 ・ 接種なし

麻疹にかかったことがありますか。 （はい（ 才 ） ・ いいえ）

脳脊髄液減少症の診断を受けたことがありますか。 （はい（ 才 ） ・ いいえ）

かかりつけの病院名 内科（_____） 整形外科（_____） 歯科（_____）

※個人情報 の 取 り 扱 い に つ い て

お子様の氏名や写真を掲載することがあります。承諾の可・不可のいずれかに○を付けてください。

主に校内で配布するもの（学級、学年だより・PTA広報紙など）	可 ・ 不可
校外の方もご覧になるもの（学校ホームページ、新聞、テレビなど）	可 ・ 不可
本校では、登校グループ編成や授業日に行う親子行事等（しめ縄作り、もちつきなど）をPTAが主となって行っていますので、PTAから保護者様に連絡を差し上げることがあります。 その際、本調査票内に記された「児童名」「学年」「連絡先」等を、PTAが利用することについて「同意する」「同意しない」のいずれかに○をつけてください。	同意する 同意しない

※学校生活上の大切な資料となりますので、正確な記入をお願いします。連絡先が変更になったらお知らせください。