

(秘)	家庭調査票	ふりがな	年	組	号	男・女
	緊急連絡用(保健)	氏名	生年月日	平成	年	月
住 所	基山町大字	地区名	区			
	(アパート・マンション名 室番)	小地区名				
保 護 者	ふりがな 氏名	自宅の電話番号				
連 絡 先	緊急連絡先(連絡がとれる順で、勤務先、祖父母宅、携帯電話等、1→2→3の順で連絡いたします。)					
		連絡先	連絡を受ける人	電話番号		
	1					
	2					
3						
帰宅時の状況			自宅近くの児童			
・誰もいない・ひまわり教室・(その他)			年 組			
・在宅(父・母・祖父・祖母・その他)			年 組			
個人指導			家族構成			
塾・習い事	社会体育	児童との続柄	氏名(ふりがな)	(年齢)	勤務先(在学する学校名・学年・組)	
				()		
				()		
マチコミ登録の確認				()		
1 加入済み	※加入された時点で担任に			()		
2 未加入	お知らせください			()		
担任への要望・その他						

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）

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）		

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。