

令和3年度 家庭調査票 大崎各小

お子様の 氏名	おむね たろう	おむね 氏名	おむね たろう
姓	大崎	氏名	大崎 実
生年月日	平成27年 4月 5日	学年	(大崎小幼稚園)
住所	大崎00番地	(1年生のみ記入)	令和2年4月入園
自宅電話番号	000-0000-0000	令和3年3月卒業	
緊急連絡先(親類) (母)	携帯 000-0000-0000	携帯 000-0000-0000	
	携帯 000-0000-0000	携帯 000-0000-0000	

○家族構成(本人、同居者も含めて保護者から)

氏名	本人との関係	年齢	職業 学年級	氏名	年齢
大崎 実	父	(40才)	会社員		(才)
花子	母	(37才)	専業主婦		(才)
太郎	本人	(6才)	本人		(才)
次郎	弟	(5才)	幼稚園		(才)

○健康状態等

過去の病気と時期	
現在の健康状態	
担任へ 特に連絡したこと	
担任への要望	

○下校後の様子等

学習塾や習字等	
スポーツ少年団活動等	
近所の友達氏名	
下校後の様子	誰か家にいる 学習塾へ カギを持っている その他

記入例

保健調査票

この保健調査票は、お子さんの健康状態を知り、学校及び行政機関等に
保健指導や指導に役立つものとして、保健指導として活用させていただきますのでお子さん
の記入ください。なお、緊急時連絡の際は、緊急連絡先(親類)に事前連絡をお願いします。

年齢	1年 2年 3年 (男) (女)	保護者氏名	大崎 実
氏名	おむね たろう	住所	大崎00番地
生年月日	平成27年 4月 5日	電話番号	000-000-0000

1番目に 連絡して ほしい人	氏名	おむね たろう	性別	男	電話番号	000-0000-0000
2番目に 連絡して ほしい人	氏名	大崎 実	性別	男	電話番号	000-0000-0000
3番目に 連絡して ほしい人	氏名	大崎 実	性別	男	電話番号	000-0000-0000
緊急 連絡先	氏名	大崎 実	性別	男	電話番号	000-0000-0000
	氏名	大崎 実	性別	男	電話番号	000-0000-0000
	氏名	大崎 実	性別	男	電話番号	000-0000-0000

アについて (なし・ある)

1.アトピー性皮膚炎	2.アトピー性鼻炎	3.アトピー性気管支炎	4.アレルギー性結膜炎	5.アレルギー性鼻炎	6.アレルギー性気管支炎	7.アレルギー性腸炎	8.アレルギー性胃腸炎	9.アレルギー性腸管炎	10.アレルギー性膵炎	11.アレルギー性膵炎	12.アレルギー性膵炎
1.あり	2.なし	3.あり	4.なし	5.あり	6.なし	7.あり	8.なし	9.あり	10.なし	11.あり	12.なし

記入漏れがないように!

裏面の地図の記入も忘れずにお願
いします。地図の貼り付けでも OK
です。地図に赤ペンで通学路の記入
もおねがいます。

緊急連絡先は、3か所
ご記入ください。

健康安全に関する内容です。裏面も全て記入おねがいます。
記入漏れがないように!

※裏面の記入もお願いします。

記入例

心臓病調査票

令和3年4月1日

心臓病調査票

1~6までの設問を読み、あてはまる
事項を○で囲んでください。

1. 1才に心臓病	2. 小児入院手術	3. 小学生のとき	4. 中学生のとき
5. 心臓が大きい	6. 心臓が小さい	7. 心臓が正常	8. 心臓が異常
9. 心臓が正常	10. 心臓が異常	11. 心臓が正常	12. 心臓が異常

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度への加入について

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度への加入について

1. 加入希望の有無

2. 加入希望者の氏名

3. 加入希望者の住所

4. 加入希望者の生年月日

5. 加入希望者の性別

6. 加入希望者の職業

7. 加入希望者の収入

8. 加入希望者の家族構成

9. 加入希望者の健康状態

10. 加入希望者の加入理由

11. 加入希望者の加入希望期間

12. 加入希望者の加入希望金額

13. 加入希望者の加入希望条件

14. 加入希望者の加入希望その他

切り取って提出してください。

押印忘れずに!