

家庭調査・保健調査・災害時緊急引き渡しカード



表

【児童・家族構成】兄弟姉妹の学年学級もご記入ください。

年 組 番

児童氏名（ふりがな）			血液型	生年月日		性別
（ ）				平成 年 月 日		男・女
現 住 所				育成会名	自治会名	
〒						
家 族 構 成				連絡先	電話番号	連絡優先順
続柄	氏 名（ふりがな）		職業・学年学級	自宅		
保 護 者		（ ）		携帯		
				勤務先		
		（ ）		携帯		
				勤務先		
	（ ）		連絡先			
	（ ）		連絡先			
	（ ）		連絡先			
	（ ）		連絡先			
	（ ）		連絡先			

【家族以外の緊急時引取りの場合の連絡先】（事前に連絡をお願いします。）

氏 名（ふりがな）	本人との関係	電話連絡先	連絡優先順
（ ）			
（ ）			

【担任に伝えたいこと等】

担任へ伝えたいこと （児童の性格・特徴 連絡・希望等）	
-----------------------------------	--

【写真の使用許諾】児童の写真を下記の件に関し使用を認めますか。

- 1 学校で発行される各種便りへの写真の掲載
- 2 P T A広報誌への写真の掲載
- 3 行事等で撮影した写真の学校での掲示

認めます 認めません

※どちらかに○をつけてください。

※ このカードは2部複写し、職員室（担任）・保健室・緊急時持ち出し用として保管します。
また、コピーは進級・卒業時等に適切な方法で処分いたしますのでご了承ください。

【裏面も忘れずにお書きください。】

【保健調査】

年 組 番 氏名

体 質	注射（予防接種）	有・無	具体的にご記入ください。		
	（食物）アレルギーの有無	有・無	具体的にご記入ください。		
既 往 症	ぜんそく、心臓・腎臓病等の既往症がある場合はお書きください。				平熱 度 分
保 険 証	記号	番号	被保険者	保険者番号・名称	
緊急時に受診を希望する医療機関（いずれかに○をつけてください。）					
1 学校に一任します。 2 下記の医療機関を希望します。					
（緊急時には希望した医療機関に搬送できない場合がありますのでご理解ください。）					
科	医療機関名		住所		電話番号
整形外科					
外科					
歯科					
その他					

【自宅付近の地図】家庭訪問等で利用しますので、できるだけ正確にお願いします。

徒歩 分 自宅の屋根は 色，壁は 色です。

- ・地図を貼り付けていただいても結構です。目印や家の周りを詳しくお願いします。
- ・自宅は、赤でマーク，通学路は赤線……でご記入ください。