

秘

児童家庭調書

令和 年 月 日現在

学年 (4年度)	1年	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	《 ふじ 児童クラブ》			
ふりがな 児童名	みやしろ 宮代	はなえ 花絵	生年月日	平成 27年 6月 6日生		
			平熱	36度 2分	血液型 A型	
ふりがな 保護者名	みやしろ 宮代	たろう 太郎	住所	宮代町 荳原1-4-1		
			電話	0480 (34) 1111		
緊急連絡先 (一番先に連絡する人)			留守連絡先 (緊急連絡が取れない場合)			
ふりがな 氏名	みやしろ 宮代	はなこ 花子	ふりがな 氏名	かさほら 荳原	ふじこ 藤子	
児童との間柄 (母)			児童との間柄 (祖母)			
自宅・ <input checked="" type="radio"/> 勤務先・その他 ( )			<input checked="" type="radio"/> 自宅・勤務先・その他 ( )			
電話	45-6789		電話	12-3456		
携帯電話	090-2345-6789		携帯電話	090-0123-4567		
	[ ① ]			[ ④ ]		
	[ ② ]			[ ③ ]		
かかりつけの病院						
診療科	病院名			電話番号		
内科	福祉医療センター六花			36-2760		
外科	福祉医療センター六花			36-2760		
その他	〇〇皮膚科			048-165-4321		
勤務先	父	氏名	宮代 太郎		勤務時間	8:30~17:15
		勤務先	〇〇株式会社		休日	土・日曜日
		電話	048-198-7654		携帯電話	090-1234-5678
	母	氏名	宮代 花子		勤務時間	8:30~17:15
		勤務先	〇〇(株)△△工場		休日	土・日曜日
		電話	45-6789		携帯電話	090-2345-6789
*病院で治療を受ける際、配慮しなければいけないことはありますか。(特異体質など) <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ アトピー性皮膚炎						
*薬品・食物アレルギーはありますか。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ (品目) たまご (症状) 体調が悪いときに食べると(対処法) すぐに連絡して じんましんがでます。 ください。						
*常時服用している薬はありますか。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ (薬品名) 〇〇 (薬を処方した医療機関) 〇〇皮膚科						
*児童の帰宅方法について						
1. 日常の送迎者: 荳原藤子 (児童との間柄 祖母)						
2. 緊急時の引取り		氏名	①宮代花子 (母)	②荳原藤子 (祖母)	③宮代太郎 (父)	
		連絡先	090-2345-6789	090-0123-4567	090-1234-5678	
※緊急時の引取りは、学校に提出する「引渡しカード」と同一の方をご記入ください。						
その他 - 注意してほしいこと、不安なことなど、何かありましたら記入してください。 -						

連絡する  
順番を記入

通勤時間  
を記入

通勤時間  
( )分

通勤時間  
( )分

※裏面に健康保険証(入所児童用)の写しを添付してください