|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **児童個票** | 令和６年調査 | 児童氏名 |  |  |
| 児童 | ふりがな |  | 性別 | 現住所 | 電話_画像 | 学級名 |
| 氏　名 |  | 年 |
| 　　組 |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生 |  |  |  番 |
| 保護者 | ふりがな |  | 勤務先 | e-mail :  |
| 氏　名 |  |
| 電話_画像 |  |
| 家族（本人を含む） | 氏　　　　名 | 続柄 | 備　考 | ※在学中の兄弟姉妹の学年・組 | 登校中家にいる人に○ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| 緊急時における連絡先 | ◎優先順にご記入ください　※変更が生じた場合は、都度ご連絡ください。①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎④　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎② |  |
| 児童引き取りカードに記名をした方 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  　引き取り人のお名前 | 児童との関係 | 連絡先(上記にある場合は省略可) |
| １ |  |  | ☎ |
| ２ |  |  | ☎ |
| ３ |  |  | ☎ |

 |  |
| 自宅付近の略図 |  |
| ・分団〔　　　　　　　　〕 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 児童氏名 |  |
| 学校に知っておいてもらいたいこと |  | (例えば、既往症、友人関係、性格、学習などについて） |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 既往症： |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 保　健　関　係 | ◎かかりつけ医療機関（緊急時に希望する医療機関があればご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外科・整形外科 |  | ℡ | 歯　科 |  | ℡ |
| 眼　科 |  | ℡ | 内　科 |  | ℡ |

※緊急の場合、搬送する病院先は学校の一任でよい場合は○をつけてください。　　学校の一任でよい　→　【　　　　　】◎体質について

|  |  |
| --- | --- |
| 食　物アレルギー | なし　・　あり　食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）症状・症状が出た時の対処方法 |
| 薬によるアレルギー(禁止薬) | なし　・　あり　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）症状・症状が出た時の対処方法 |
| 常時服用している薬 | なし　・　あり　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）理由 |
| 薬服用連絡 | 　事後報告でよい　・　事前に保護者に許可をとる・その他(　　　　　　) |
| レントゲン | 　レントゲン　可　・　不可　 |
| ◆医療機関受診の際や健康状態について特に気をつけることがあれば、ご記入ください　　　今までにかかったことのある重い病気（入院または長い間通院するような病気）もご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** |  | **保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **記号** |  | **番号** |  |
| **医療証番号** |  |

 |

 |
| 健康保険証と　医療証 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **児童個票** | 令和６年調査記入例 | 児童氏名 | 広路　太郎 |  |
| 児童 | ふりがな | ひろじ　たろう | 性別 | 現住所 | 電話_画像昭和区川原通８－２１－２７６１－９１６６ @ | 学級名 |
| 氏　名 | 広路　太郎 | ６年 |
| ３組 |
| 生年月日 | 平成　　○○年　○月　○日生 |  |  | 25番 |
| 保護者 | ふりがな | ひろじ　はるお | 勤務先 | （株）ひろじいe-mail : hiroji-e @ nagoya-c.ed.jp |
| 氏　名 | 広路　春雄 |
| 電話_画像 | 　　　７９１―○○○○ |
| 家族（本人を含む） | 氏　　　　名 | 続柄 | 備　考 | ※在学中の兄弟姉妹の学年・組 | 登校中家にいる人に○ |
| 広路　春雄 | 父 |  |  |  |
| 広路　夏菜 | 母 |  | ○緊急時児童引き渡し票と同じ内容にしてください。 |  |
| 広路　秋斗 | 兄 | 駒方中　３年 |  |  |
| 広路　太郎 | 本人 |  |  |  |
| 広路　秋実 | 妹 | ２年５組 |  |  |
| 昭和　冬郎 | 祖父 |  | ○ |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| 緊急時における連絡先 | ◎優先順にご記入ください　※変更が生じた場合は、都度ご連絡ください。①　母携帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎　０８０－○○○○―○○○○②　父携帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎　０９０―○○○○―○○○○③　祖父携帯　　　　　　　　 　　　　　　　　　　連絡先☎　０９０―○○○○―○○○○④　父会社　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎　０５２―○○○―○○○○② |  |
| 児童引き取りカードに記名をした方 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  　引き取り人のお名前 | 児童との関係 | 連絡先(上記にある場合は省略可) |
| １ | 広路　夏菜 | 母 | ☎　上記 |
| ２ | 昭和　冬郎 | 祖父 | ☎　上記 |
| ３ | 名古　東子 | 叔母 | ☎　０９０―○○○○―○○○○ |

 |  |
| 自宅付近の略図 | ２０１号自宅マンション |
| 駐車場コンビニスーパー* **ご自宅の位置が分かるなら、地図画像貼付け等、手書きでなくても構いません。**

広路小・分団〔　川名６　　〕 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | ○○保険協会□□支部 | **保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **記号** | １１１１ | **番号** | ２２２２２２２２ |
| **医療証番号** | 名１１-２２２・３３３ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 児童氏名 | 広路　太郎 |
| 学校に知っておいてもらいたいこと |  | (例えば、既往症、友人関係、性格、学習などについて） |  |
|  | 人と話すことが好きで、初対面でも進んでコミュニケーションをとることが |  |
| 　　 | ができます。 |  |
|  |  |  |
|  | * 本紙で学校に知らせたいことが特に無い場合は、空白でも構いません。
 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 既往症： |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 保　健　関　係 | ◎かかりつけ医療機関（緊急時に希望する医療機関があればご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外科・整形外科 | 令和クリニック | ℡761-oooo | 歯　科 |  | ℡ |
| 眼　科 | 平成アイクリニック | ℡763-oooo | 内　科 |  | ℡ |

※緊急の場合、搬送する病院先は学校の一任でよい場合は○をつけてください。　　学校の一任でよい　→　【　　**○**　　　】◎体質について

|  |  |
| --- | --- |
| 食　物アレルギー | なし　・　あり　食品名（　　乳製品　　　　　　　　　　　　　　　　）症状・症状が出た時の対処方法　　　じんましん・おう吐→薬を飲む（薬名） |
| 薬によるアレルギー(禁止薬) | なし　・　あり　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）症状・症状が出た時の対処方法発作・発症時に上記に記入された薬を服用する場合についてです。その他の薬を学校の判断で服用させることは、絶対にありません。 |
| 常時服用している薬 | なし　・　あり　薬品名（　　**○○○○**　　　　　　　　　　　）理由　　　ぜん息予防のため |
| 薬服用連絡 | 　事後報告でよい　・　事前に保護者に許可をとる・その他(　　　　　　) |
| レントゲン | 　レントゲン　可　・　不可　けが等で学校から病院に連れて行く場合、骨折等の検査をするため、医師からレントゲンをしてもよいかどうか、たずねられる場合があります。その際に、学校が返答できるよう本紙で確認させていただいております。 |
| ◆医療機関受診の際や健康状態について特に気をつけることがあれば、ご記入ください　　　今までにかかったことのある重い病気（入院または長い間通院するような病気）もご記入ください特になし |

 |
| 健康保険証と医療証 |