|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **児童個票** | 令和７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 |

 |