

①

赤枠内を
ご記入ください

調 査 の 記 録

番号 _____

ふりがな	性別	ふりがな
児童氏名		保護者氏名
生年月日	平成	年 月 日 生
現住所	地区名	
自宅電話番号	— —	
通園している保育所・幼稚園名	本校に在学している兄弟の名前・学年・組	
保育所 組 (年 月 ~ 年 月)	年 組	
幼稚園 組 (年 月 ~ 年 月)	年 組	
ア 心臓、腎臓、喘息 ^{ぜんそく} の病気はありませんか (病名:)	なし	
イ 今までにかかった病気 (既往症) のおもなものを書いてください	() なし	
ウ ひきつけをおこしたことはありませんか いつごろ どのようなようす	() () なし	
エ 身体のどこかに気になる場所はありますか どこが どのようなようす	() () なし	
オ 医師から何か止められたり、気をつけるようにいわれていることはありませんか どんなこと どのようなようす	() () なし	
カ 食物アレルギーはありますか ある アレルギーの原因となるもの () なし		
※あるに○を入られた方は、「保護者面談」終了後、アレルギー相談室(ひかり3)に、保護者の方とお子様とご一緒に行ってください。本校栄養教員がご相談させていただきます。		
キ 服は一人で着たり脱いだりできますか (できない ・ できる)		
ク 大小便は一人でできますか (できない ・ できる)		
ケ 自分の出した道具などは後始末することができますか (できない ・ だいたいできる)		
コ 友だちとよく遊びますか (あまり遊ばない ・ ふつう ・ よく遊ぶ)		
サ 令和5年4月7日までに転出予定がありますか いつごろ () どこへ () なし		

※もしよろしければ、携帯の電話番号をお書きください。(急な連絡が必要な場合のみ使用させていただきます。)

携帯番号

—

—

※この調査の記録に係る個人情報、学校教育活動に関する事務以外の目的に使用することはありません。