

15 家庭環境調査票・保健調査票記入例

見本

家庭環境調査票

1年		〇 組 〇〇 番		2年		組 番		3年		組 番		刈谷市立 刈谷南 中学校			
生	ふりがな	かりや みほん						性別	平成 22 年 12 月 11 日生						
	氏 名	刈 谷 見 本						男							
徒	現住所	〇〇 町 〇丁目〇番地〇〇						電話	〇 〇 - 〇 〇 〇 〇						
	アパート・マンション名 【 〇〇マンション〇〇〇号 】														
保 護 者	ふりがな	かりや 〇〇						生徒との関係	例 父（長男）						
	氏 名	刈 谷 〇 〇							父 （ 長男 ）						
入学前の学歴		令和 5 年 3 月 刈谷市 立 〇 〇 小学校 卒業 令和 年 月 立 中学校より転入													
家 族 及 び 同 居 人	氏 名	続柄	年齢			勤務先（学校名・学年）	勤務先の電話	緊急連絡の優先順位を記入							
			R4	R5	R6			↓	携帯電話等						
	刈 谷 〇 〇	父	51	目 *年齢は、令和五年 の歳をお書きください。 令和六年三月三十一			〇〇〇〇〇〇	〇〇-〇〇〇〇〇	2	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
	刈 谷 〇 〇	母	50				〇〇〇〇〇〇	〇〇-〇〇〇〇〇	1	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
	刈 谷 〇 〇	姉	20				〇 〇 〇 〇 大 学 3 年		3	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
	刈 谷 〇 〇	本人	13				刈 谷 南 中 学 校 1 年								
刈 谷 〇 〇	妹	5				〇〇〇〇幼稚園 年長									
上記以外の緊急連絡先 ① 【 本人との続柄 祖母 〇〇 〇〇 】で、（ ☎ 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ）															
（ない場合は空欄） ② 【 本人との続柄 】で、（ ☎ ）															
自宅地図 （通学時間 徒歩 ・ 自転車 約 〇〇 分） ※目標となるものを明記してください。 ※プリントの添付も可															
*遠距離の場合は、必ずしも学校からの案内ではなくてもかまいませんが、 目標になるもの（施設名や建造物名など）を分かりやすくご記入ください。															
*駐車場または駐車可能な場所を記してください。															

記入例

① 氏名(フリガナ)、性別、平熱を記入してください。

秘 保健調査票

保護者様

*この調査票は、児童の健康状態の把握及び、緊急連絡の場合に使用します。それ以外の目的で使用することはありません。

年	1	2	3	フリガナ	カリヤ	ミナミコ	平熱
組	△	□	△	氏名	刈谷 南子		男女 ☒ 男 ☐ 女
番号	△	△	□				36.4 °C

次の病気について治療中(経過観察も含む)の場合は対象学年の欄に○をつけてください。かかったことがない又は完治の場合は空欄にしてください。

現在の健康状態に当てはまるものがある場合は対象学年の欄に○をつけてください。健康状態は良好の場合は空欄にしてください。

② 今までかかった病気について記入してください。学年の欄には、通院や服薬・指導事項が継続している場合に○をつけてください。ない場合は記入しなくて結構です。

③ 該当するところに○をつけてください。ない場合は記入しなくて結構です。

病名等(発病した年齢)		1年	2年	3年
内科	喘息(才)			
	原因: 主治医: 通院状況: カ月に 度 通院・完治 服薬状況: 朝 昼 晩 なし			
	ひきつけ・けいれん・てんかん(才)(才)(才)			
	病名: 主治医: 通院状況: カ月に 度 通院・完治 服薬状況: 朝 昼 晩 なし			
耳鼻科	中耳炎			
	副鼻腔炎(ちくのう)			
	その他()			
眼科	視力障害(近視・遠視・乱視・斜視)	○		
	その他()			
その他	その他の疾病やけが()(才)			
アレルギー	アレルギー性結膜炎			
	アレルギー性鼻炎			
	アトピー性皮膚炎	○		
	食物アレルギー			
	その他アレルギー(薬品等)(消毒用アルコール)			
アナフィラキシー(才)		※学校へ薬を持参される方はご記入ください。		
原因:		[エピペン ・ その他(医薬品名)]		

現在の健康状態		1年	2年	3年
内科	熱を出しやすい			
	頭痛をおこしやすい			
	腹痛をおこしやすい	○		
	下痢しやすい			
	便秘しやすい			
	動悸や息切れがする			
	立ちくらみやめまいがする			
	疲れやすい			
	湿疹やじんましんがしやすい	○		
	その他()			
耳鼻科	耳の聞こえが悪い(右・左)			
	発音で()がある			
眼科	物がみえにくい	○		
	色まがいがいをすることがある			
	目がかゆくなる・目やにが出る			
	めがね・コンタクトを使っている			
	その他()			

※食物アレルギーのある方はこちらも記入してください。		1年	2年	3年
原因物質 []				
給食の配慮 有○ 無/				

④ 食物アレルギーのある方は記入してください。

学年	1年	2年	3年
組			
番号			

生年月日	平成 △△年 □月 △□日生	続柄
フリガナ	カリヤ ミナミコ	
氏名	刈谷 南子	男 女

連絡の優先順位を記入↓

緊急連絡先	自宅	住所 刈谷市住吉町〇〇 △番地□		電話	△△-△△△△	1	
	父	フリガナ氏名 カリヤ ミナミ オ 刈谷 南男	勤務先	勤務先・部課名	電話	△△-△△△△	
				〇〇会社〇〇課	携帯 □□□-□□□□-□□□□	4	
	母	フリガナ氏名 カリヤ ミナミ ミ 刈谷 南美	勤務先	勤務先・部課名	電話	△△-△△△△	3
				月水金 9:00~16:00 レストラン〇〇	携帯 □□□-□□□□-□□□□	2	
両親以外の連絡先		フリガナ氏名 カリヤ ミナミ タロウ 刈谷 南太郎	本人との続柄 祖父	電話	△△-△△△△	7	

かかりつけがない場合や希望がない場合は、記入しなくて結構です。

もれなくご記入ください。子ども医療受給者番号も記入してください。

内科	〇〇内科クリニック 電話△△△△ (△△) △△△△	外科	〇〇整形外科 電話△△△△ (△△) △△△△	歯科	〇〇〇〇歯科 電話△△△△ (△△) △△△△
眼科	電話 ()	耳鼻科	電話 ()		

保険証	種類	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他			
	記号	△△△△△△	番号	△△△	子ども受給者証番号

罹患歴・予防接種歴 いままでにかった感染症・予防接種の有無について○をつけてください。

感染症の種類	罹患歴	予防接種歴		
麻疹 (はしか)	ない 〇 ある	1期実施済	2期実施済	未実施
風疹 (三日はしか)	ない 〇 ある	1期実施済	2期実施済	未実施
BCG (結核)	ない 〇 ある	実施済		未実施
水痘 (水ぼうそう)	ない 〇 ある	実施済		未実施
流行性耳下腺炎 (おたふく)	ない 〇 ある	実施済		未実施

家庭からの連絡	注意しなくてはならない体質や、今までかかった病気で、運動制限のある場合、学校生活で注意を要することなどがありましたら記入してください。 <u>文の終わりに必ず(記入年月日)を記入してください。</u>			
アルコールにアレルギーがあるため、給食の消毒スプレーは使えません。(R5. 4. 3)				
※2年生以上の保護者様へ：保健調査票への加除修正や確認が終わりましたら、右欄にサインをお願いします。			2年	3年