

留守家庭児童指導室児童票

					フリガナ 児童氏名		
指導室名	地区留守家庭児童指導室			生年月日	年	月	日生
小学校名	小学校	入学前状況			園		
学年・組	1年組	2年組	3年組	4年組	5年組	6年組	
担任名	先生	先生	先生	先生	先生	先生	
父	フリガナ氏名			勤務時間	時 分 ~ 時 分		
				休日	土・日・祝日・その他 ()		
	勤務先			勤務先電話			
母	フリガナ氏名			勤務時間	時 分 ~ 時 分		
				休日	土・日・祝日・その他 ()		
	勤務先			勤務先電話			
携帯電話	父			母			
父・母以外の緊急連絡先		名前		電話	関係		
児童の帰宅	お迎え	有・無 (父・母・その他)			時 分頃		
今までにかかった主な病気・予防接種の有無							
麻疹(はしか)	かかった・かかってない		予防接種	した・しない			
みずぼうそう	かかった・かかってない		予防接種	した・しない			
おたふくかぜ	かかった・かかってない		予防接種	した・しない			
風疹(三日はしか)	かかった・かかってない		予防接種	した・しない			
大病をしたことがありますか		無・有 (年 月頃・病名)					
持病はありますか (アレルギー等含む)			無・有 ()				
土曜日の利用予定	無・有	有の場合予定時間			時 分 ~ 時 分頃		
身体障害者手帳または療育手帳をお持ちですか							
無・有 (手帳名		障害名		等級・程度)			
かかりつけの病院		内科		外科			
保険証		記号 番号		名称			
血液型		型		平熱 度			
塾・習い事等	内 容	曜 日	時 間	特に注意して欲しい事があればご記入下さい。			
			時 分 ~				
			時 分 ~				
			時 分 ~				
			時 分 ~				