

秘

家庭環境調査票

児童生徒	ふりがな	年組番
	氏名	生年月日 年 月 日
住 所 福岡市 区		

緊急時連絡先(必ず連絡がとれるところ。支障がなければ携帯電話番号をご記入ください。連絡の優先順位を3位までご記入ください。)

家族構成 (保護者・兄弟児等を含む)	続柄	氏名	生年月日	勤務先・在学中の学校名 (在学中は年組)	連絡先 緊急時に使用します	優先 順位

かかりつけの病院があればご記入ください。学校に一任の場合は○で囲んでください。

整形外科 外科	病院名 電話	学 校 に 一 任	眼 科	病院名 電話	学 校 に 一 任
小 児 科 内 科	病院名 電話	学 校 に 一 任	耳 鼻 科	病院名 電話	学 校 に 一 任
歯 科	病院名 電話	学 校 に 一 任	そ の 他	病院名 電話	学 校 に 一 任

けが等で病院受診の際に必要なので、下記の項目に○又は必要事項をご記入ください。

・薬物・食物等によるじんま疹等のアレルギーはありますか	・ある(原因) ・なし
・ぜんそくはありますか	・ある(原因) ・なし
・ぜんそく等アレルギーで薬を飲んでいますか(ぜんそく・食物アレルギー等)	・飲んでいる ・飲んでいない
・薬を処方されていますか ・ぜんそく(薬名) ・食物アレルギー(薬名)	(エピペン処方 ある なし)
・上記以外で常時飲んでいる薬がありますか	・ある(薬名) ・なし
・ひきつけ、けいれんを起こしたことがありますか	・ある(歳頃) ・なし
・そのとき熱がでましたか	・でた(度) ・でていない

※お子様の健康面で、特に学校へ連絡が必要なことがありましたら、裏面の「緊急時の対応について」にご記入ください。

緊急時の対応について _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏名 _____ 裏面

※心臓病や腎臓病などの疾患で定期的に病院を受診している場合や、ぜんそくやアレルギー等で心配がある場合、または学校に配慮してほしいことがあるときは、必ず記入してください。

主な病名		主な症状		薬を飲んでいる場合:薬名()	
学 校 生 活 で 配 慮 す べ き 内 容 や 連 絡 事 項 等					
学校へ携帯する薬 (主治医からの指示 書又は診断書の提 出をお願いします)		携 帯 薬		安全性の情報	
		投 与 方 法		副作用	
		保 管 方 法		併用禁忌等	
緊急時	予測される 緊急を要する 状態				
	対処の 仕方				
	移送する 病院	病院名	電話		
かかりつけの 病院		主治医			
		病院名	電話		
		主治医			

災害時の対応について

【記入例】 慎重に話し合わせ、具体的に決定するようお願いします。	【保護者記入】
家族の避難場所 (災害が起きた時に家族が集まる場所)	家族の避難場所 (災害が起きた時に家族が集まる場所)
学校にいるとき 学校に待機・家族が迎えに行く	学校にいるとき 学校に待機・家族が迎えに行く
家にいるとき 建物が安全なら自宅待機・マンションの広場に避難(マンションの 緊急放送に従う)・家族が迎えに行く	家にいるとき
登下校中のとき 学校が自宅に近いほうに避難・近くの先生やスクールガードの方 の指示に従う	登下校中のとき
(例/塾や習い事)にいるとき 先生の指示に従い、塾や習い事の場所で待機・家族が迎えに行く	()にいるとき
	()にいるとき

自由記入欄(お子様のことで伝えたいことなど)

--

家庭環境調査票については、緊急時の対応や教育上必要な場合にのみ使用します。
差し支えない範囲でありのままをご記入ください。
個人情報の保護を徹底します。

学校長

