家　庭　調　査　票

　　年　　組

令和７年４月１日現在

令和７年度

西目小学校

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 児童氏名 |  |
| ふりがな |  | 児童との関係例：父(長男) | （　　） |
| 保護者名 |  |
| 現 住 所(番地まで) | 〒018-由利本荘市西目町 |
| 電 話(自宅) |  | 町 内 会(子供会) |  |
| 緊急時の連 絡 先※緊急時、１から連絡を　取ります | 優先順 | 電 話 番 号 | 備　　　考 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 家 族 構 成（本 人 は 除 く） |  | 年齢 | 続柄 | 勤務先・学校(年組)等 | 備考(遠隔地・入院中等) |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |

子どもが帰宅したとき、主に家にいる方に○印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担任に知っておいてもらいたいことをご記入ください。（家庭事情・性格・身体的なこと・心配なこと・特技等） |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 学校等のホームページや通信で写真を使用すること | 同意します　・　同意しません | 血液型 | 型　 |
| アレルギー体質 | 有・無 | 種類：アトピー ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎 ・その他（　　　　） |
| 食物アレルギー | 有・無 | 食品名（　　　　　　）　給食で自己管理が（できる・できない） |
| 希望する緊急医療機関名 | 内科：　　　　　　　外科：　　　　　　　歯科：　　　　　　　特にない |
| 塾・習い事（曜日） |  | スポーツ少 年 団 |  |
| 自宅付近の略図 ･･････※集団登校の集合場所を◎でご記入ください（通学路把握のため）。初めての担任でも訪問できるよう、付近の目立つ建物・目印になるもの・道路等をご記入ください。 |