

(様式2号)

<記入例>

※児童1人につき1枚提出
※ボールペンで記入
(消えるペン及び鉛筆は不可)
※訂正する場合は二重線

家庭状況調査書

令和 〇 年 〇 月 〇 日記入

ふりがな	なると じろう		性別	生年月日	緊急連絡先 ① ② ③	連絡先	電話番号
児童氏名	鳴門 二郎			平成・令和 29年 4月 2日		母携帯	090-△△△△-0000
住所	〒 772 - 8501 鳴門市撫養町南浜字東浜170					母勤務先	088-×××-△△△△
					祖母携帯	090-△△△△-0000	
					自宅電話	(088) ××× - △△△△ ※ない場合は最もつながりやすい携帯番号を記入	

家族及び同居者	氏名(利用希望児童を除く)	児童との続柄	生年月日	勤務先・通学先	勤務先電話番号	備考
	鳴門 太郎	父	S61・5・1	株式会社〇〇〇	088-×××-△△△△	
	鳴門 花子	母	S61・6・1	●●●会社	088-×××-△△△△	
	鳴門 一郎	兄	H24・7・1	△△中学校		
	鳴門 一美	妹	R2・8・1	〇×保育園		
			・ ・			
			・ ・			

父・母については単身赴任等
されている方もご記入ください。

配慮すべき事項

身体面 喘息、アトピー性皮膚炎など	生活行動面 集団で行動することが苦手	その他
クラブに配慮してほしい事項があれば記入してください。		

自宅周辺の略図(※印刷した地図を貼付でも可) 4	アレルギーの有無※ <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	食物	(卵・牛乳)
	植物	(スギ・ヒノキ)
	その他	(ハウスダスト)
	今までにかかった病気※	
<input type="checkbox"/> 麻疹	<input checked="" type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 風疹
<input checked="" type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> その他	()	
かかりつけの病院		
外科・整形外科		その他
病院名 (〇〇〇外科)		病院名 (〇△〇小児科)
☎ (088-×××-△△△△)		☎ (088-×××-△△△△)
血液型	〇 型	平熱 36.5 ℃
通常の送迎者名 (鳴門 花子(母))	代理の送迎者名 (鳴門 太郎(父))	
電話番号 (090-△△△△-0000)	電話番号 (090-△△△△-0000)	

児童クラブへの要望・伝達事項等(あれば)

例:〇曜日は利用しません。等

※該当するものに✓を入れてください。