

令和7年4月1日現在

留守家庭児童教室保管

フリガナ	タライ ツバキ	男	生年月日	H31・1・1	学校名	垂井 小学校		
児童氏名	垂井 つばき	女	血液型	B型 Rh(+)ー	学年・組	1年 1組		
住所	垂井町 宮代2957-11							
家族構成 (入室児童以外)	氏名	年齢	送迎者	続柄	勤務先・学校など	自宅～勤務先 通勤時間	緊急時 連絡順	電話番号
	垂井 太郎	37	○	父	〇〇〇〇産業(株)	20分	2 4	携帯 090-0000-1111 勤務先など 0584-22-1234
	垂井 はな	34	○	母	垂井町役場 △△センター	5分	1 3	携帯 090-1111-2222 勤務先など 0584-23-1234
	垂井 けやき	8		兄	垂井小学校	分		携帯 勤務先など
	垂井 いずみ	63	○	祖母	△△レストラン	10分	5 6	携帯 090-1111-1111 勤務先など 0584-22-0000
						分		携帯 勤務先など
						分		携帯 勤務先など
						分		携帯 勤務先など
同居親族 送迎者 以外の	氏名			続柄	住所		緊急時 連絡順	電話番号
	不破 きく			叔母	大垣市丸の内1-1-1		7 8	携帯 080-0000-1111 勤務先など 0584-78-0000
								携帯 勤務先など

教室に送迎される可能性のある方を記入してください。
※成人の方に限ります。

入室児童の健康状況について記入してください。

健康状況	既往歴	(該当するものすべてを○で囲んでください。その他の場合は具体的に記入してください。) はしか(風疹) 流行性耳下腺炎 喘息 水ぼうそう てんかん 脱臼ぐせ 肝炎 川崎病 心臓病(症状) その他() ひきつけ 熱けいれん(有(無))		
	アレルギーの有無	アレルギーはありますか?(有(無)) 有と答えた方のみ、該当する物すべてを○で囲んでください。 食物【卵(牛乳)小麦粉(花粉)ハウスダストダニ】 薬【ピペンの有無】	平常時の体温	36度5分
	かかりつけ医院	〇〇病院 TEL 22-1234	〇〇病院小児科 TEL 53-1234	おやつ時に除去するもの ケーキなど牛乳を含むもの 有(無) ↓必要(不要)

教室利用時間内に服薬の必要がある場合、記入してください

