



東京中華学校 学生調査票

班級		小学部・中学部・高等部		年級	學號			
児童・生徒・学生本人	ふりがな				性別	生年月日	西元	
	中文姓名						年 月 日	
	英文姓名	パスポート等公的証明書と同じ英字のつづり 姓 名						
	国籍				出生地			
	長 處				興 趣			
	通學方法	JR・地下鉄・公共バス・自家用車・徒歩のみ			通學時間	片道()時間()分		
通學路線	自宅最寄		徒歩 車站		降車駅 市ヶ谷		()經由	
家長・保護者	姓名				生年月日	西元		続柄
	現住所	〒						
本人を除く家族(同一所帯)	続柄	姓名	職業・勤務先/学校名・学年 支障のない範囲で			国籍		
緊急 連絡先	順番	続柄	姓名		連絡のとれる電話番号・携帯番号			
	1番							
	2番							
備考								

☆調査票に記入された情報については学校から家庭への連絡・教育上必要な場合のみに使用いたします。

秘 健康管理票

この管理票は健康状態を把握するためのものです。目的以外で使用する事は無く、正確に記入してください。内容に変更が生じた場合直ちに担任までご連絡ください。

学年	氏名	性別
小 中 高		男 女
年		

生年月日	年 月 日	平熱	℃	血液型	(Rh +・-)
------	-------	----	---	-----	----------

■各種疾患について(該当する既往歴番号・アレルギー有無に○をつけ、必要事項を記入してください。)

既往歴	疾患名	診断名	発病	経過	病院(主治医)	生活管理指導票	
	1	心臓疾患		歳	治療中・経過観察・治癒	()	有・無
	2	腎臓疾患		歳	治療中・経過観察・治癒	()	有・無
	3	肝臓疾患		歳	治療中・経過観察・治癒	()	有・無
	4	眼疾患		歳	治療中・経過観察・治癒	()	有・無
	5	耳鼻咽喉疾患		歳	治療中・経過観察・治癒	()	有・無
	6	けいれん性疾患		歳	治療中・経過観察・治癒	()	有・無
	7	その他		歳	治療中・経過観察・治癒	()	有・無

アレルギー疾患	疾患名	どちらかに○	発症	原因(食品名・薬品名・季節など)	生活管理指導票	
	1	ぜん息	有・無	歳		有・無
	2	アトピー性皮膚炎	有・無	歳		有・無
	3	アレルギー性結膜炎	有・無	歳		有・無
	4	アレルギー性鼻炎	有・無	歳		有・無
	5	薬品アレルギー	有・無	歳		有・無
	6	その他	有・無	歳		有・無
	7	食物アレルギー (特別活動等、必要な場合には除去食を持参してください。)	有・無	歳	ご家庭での食事状況を対応別に、すべてご記入下さい	有・無
	完全除去					
	体調によって除去					
配慮不要						
8	アナフィラキシーショックの既往	有・無	歳	原因(症状)		
9	エピペンの所持	有・無	歳	使用したことがありますか？ 有(年 月頃)・無		
10	アレルギー用の内服薬	有・無	薬品名()			

その他学校に知らせておきたいこと・配慮が必要なことがあれば記入してください。

■請添附學生本人之健康保険證影本。(お子様の保険証のコピーを添付して下さい)

--