

様式第7号

児 童 生 活 調 査 票

アレルギーはありますか？ ない ・ ある（ ）	
症状や対処方法など： ----- -----	
その他の病気、またはかかりやすい病気はありますか？ ない ・ ある	
病名名： -----	
症状や対処方法など： ----- -----	
かかりつけの病院	
病院名：	TEL () — () — ()
病院名：	TEL () — () — ()
お子様の長所： -----	
短所： -----	
好きな遊び： ----- -----	
特記事項： ----- -----	

家族状況

氏 名	続柄	年 齢	学校名・勤務先名（4月予定）	学校・勤務先電話番号

*迎えに来る方について

- ◎迎えに来る方（ 父 ・ 母 ・ その他（ ））
- ◎通勤手段（ ） ◎通勤所要時間（ ）
- ◎勤務時間（ 時 分～ 時 分まで） ◎迎えの時間（ 時 分）