

## 児童生徒健康調査票

児童生徒氏名 COGNOME E NOME	(ローマ字表記)
生 年 月 日 DATA DI NASCITA	平成      年 ( 2 0      年)      月      日
本籍地 RESIDENZA	(ローマ字表記)
住所・電話番号 INDIRIZZO-TELEFONO	Tel Cell
緊急連絡先 INDIRIZZO-TELEFONO (IN CASO DI URGENZA) ※ 注	Tel Cell
パスポート番号 NUMERO DI PASSAPORTO	
破傷風の予防接種 有無 VACCINAZIONE DI TETANO	あり                      なし (SI)                      (NO)
血液型 (Rh式も) GRUPPO SANGUIGNO	
アレルギー 有無 ALLERGIA	あり                      なし (SI)                      (NO)
その他健康上の留意事項 ALTRI MALATTIE	
かかりつけの病院・医師 MEDICO DI FAMIGLIA	

※注 保護者の勤務先電話番号及び携帯番号等