児童(生徒)家庭調査票

**Child’s (Student’s) Family Background Questionnaire**

　　　　　　　　　　学校

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　(School name)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児　童  （生徒）  Child  (Student) | ふりがな  氏名  Name |  | | 男・女  Boy / Girl | Date of Birth  年　　月　　日生  Year　 Month Day |
| 現住所  Address |  | | | TEL |
| (変更)  Changed address |  | | | TEL |
| 保護者  Parent | ふりがな  氏名  Name |  | | 児童（生徒）との続柄  Relationship to child (Student) |  |
| 緊急連絡先  Person to Contact in case of Emergency | | （父母）  Name of Father / Mother | | | TEL |
| （祖父母）  Name of Grandfather / Grandmother | | | TEL |
| 入学前の経歴  Student’s History  Before Entering  School | | 年　　　月　～　　　　　年　　　月　　　　　　　幼稚園・保育園・小学校  From Year　　Month　　　To　　　Year　　Month  At　　　　Kindergarten/　　　　Nursery School/　 Elementary School  ※新１年生のみご記入ください  　Note: Only fill in if your child is a newly enrolled student. | | | |
| 外国での生活  Experience  Living Overseas | | 才～　　　　　　　才  From the age of To the age of  国名（　　　　　　　　　　　　）学校（　　　　　　　　　　　　　　）  Name of the country 　　　　　 Name of the school | | | |
| 日本語の能力  Japanese Language Ability  ( Please check ) | | 児　童  （生徒）  Child  (Student) | 日常会話　　　　　□　できない　□　少しできる　□　できる  Daily conversation 　　Poor　　　　 Fair　　　　 　Good  ひらがな　　　　　　　　□　読める　　□　読めない  Hiragana (cursive kana letters)　Able to read 　 Not able to read | | |
| 保護者  Parents | 日常会話　　　　　□　できない　□　少しできる　□　できる  Daily conversation　　　　Poor　　　　　 Fair　　　　 　Good  ひらがな　　　　　　　　□　読める　　□　読めない  Hiragana (cursive kana letters） Able to read 　 Not able to read | | |
| 健康状態  State of Health | |  | | | |
| 健康、宗教上  食べられないもの  Food allergies or Religious dietary restrictions | |  | | | |
| 学校に対する要望  Request(s) to School | |  | | | |

この調査は学校以外には秘密しますので事実を正しく記入してください。

緊急連絡先が変更になった場合には、すぐに担任まで連絡してください。

The information on this questionnaire is kept confidential, so please fill out this form accurately.

Please inform the classroom teacher immediately if there are any changes of the emergency contacts.