

秘 児童調査票 Child Survey Questionnaire Confidential

1 児童氏名(ふりがな) 男・女 Child name Male・Female		2 住所 Home address	
国籍 Nationality			
生年月日 年 月 日 Date of birth / / (year/month/date)		Home phone	( )
3 お子さんを家では何と呼んでいますか? What do you call your child at home?			
4 同居している家族の中で、日本語で会話できる人がいますか? 会話できる人をすべてチェックしてください。 Can any of your family members at home speak Japanese? Please check all that apply.			
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 叔父叔母 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> いない Father Mother Grandparents Siblings Aunt/uncle Other None			
5 同居している家族の中で、日本語のお便りが読める人がいますか? 読める人をすべてチェックしてください。 Can any of your family members at home read Japanese? Please check all that apply.			
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 叔父叔母 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> いない Father Mother Grandparents Siblings Aunt/uncle Other None			
6 出生地 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他の国( ) Birthplace Japan Other country		7 来日時期 年 月 日 Date of arrival in Japan / / (year/month/date)	
8 お子さんは自宅で何語を話していますか? 話している言葉をすべてチェックしてください。 What language does your child speak at home? Please check all that apply.			
Language spoken to:	母語( ) Native Language	日本語 Japanese	その他の言葉(何語か書いて下さい) Other language (Please specify language)
父親とは father			
母親とは mother			
兄弟とは siblings			
その他とは others			
9 アレルギーはありますか? ある場合は、あてはまるものをすべてチェックしてください。 Does your child have allergies? If so, please check all that apply.			
9-1 アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> ぜんそく <b>Allergy</b> Atopic dermatitis Allergic rhinitis Hives Asthma			
<input type="checkbox"/> 薬 (名前: ) <input type="checkbox"/> その他( ) Medicine Other			
9-2 食べ物 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>Food</b> Eggs Wheat Soba noodles Peanuts Milk Shrimp/Prawns Crab Other			

10 保険証 Health insurance (circle one)	国民保険 National Health Service 共済保険 Cooperative insurance program	・ ・	社会保険 Social Health Service その他 Other
11 保険者名称 Name of insurance holder	12 保険者番号 Insurance card number		

## 13 家族構成と緊急連絡先

Family structure and emergency contacts.

氏名 Name	続柄 Relationship	連絡 順位 Priority order to contact	勤務先・学校名と その電話番号 Name of work place or school and phone number	携帯電話 Cell phone number

## 14 自宅付近の略図(目的物を記す)

Please draw a simple map of the area around your home (Specify nearby landmarks)

北 North

15 保育園から勤務先まで From day care to workplace	km	分 mins	交通手段 Transport method
16 保育園から自宅まで From day care to home	km	分 mins	交通手段 Transport method
17 送迎者 Person who will bring and pick up child	登園 Will bring child:	<input type="checkbox"/> 父 Father	<input type="checkbox"/> 母 Mother
	降園 Will pick up child:	<input type="checkbox"/> 父 Father	<input type="checkbox"/> 母 Mother
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	