



生徒非常連絡簿

(小・中学生用)

Office of the Deputy Superintendent of Schools
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1
August 2008
Japanese

引越しなどによる住所の変更がある場合、学校の記録を変更する必要がありますので、新しい住所を証明する書類と生徒非常連絡簿を学校へご提出ください。

学生氏名 (苗字、名前、ミドル) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)		生徒登録番号 STUDENT ID		学年 GRADE	セクション SECTION	担任 HOMEROOM TEACHER
電話番号(自宅) HOME PHONE	生年月日 DATE OF BIRTH	性別 GENDER	バスナンバー BUS NO.	考慮事項 <input type="checkbox"/> いいえ/NO <input type="checkbox"/> はい/YES (はい、の場合学校へ連絡する事)		
住所 HOME ADDRESS		追加住所 ADDITIONAL MAILING ADDRESS		家庭での使用言語 LANGUAGE SPOKEN AT HOME		
保護者 (苗字、氏名、ミドルイニシャル) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			保護者 (苗字、氏名、ミドルイニシャル) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			
職場電話番号(内線): WORK PHONE (EXT):		携帯: CELL PHONE:	職場電話番号(内線): WORK PHONE (EXT):		携帯: CELL PHONE:	
イメール/E-MAIL:			イメール/E-MAIL:			
生徒との関係/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 保護者/GUARDIAN <input type="checkbox"/> その他 (詳細)/OTHER (SPECIFY)			生徒との関係/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 保護者/GUARDIAN <input type="checkbox"/> その他 (詳細)/OTHER (SPECIFY)			
お両親と連絡が着かない場合、非常時連絡者一氏名 (苗字、名前): IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):						
電話番号(内線): PHONE (EXT):		携帯: CELL PHONE:	イメール: E-MAIL:			
学生との関係:/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 保護者/GUARDIAN <input type="checkbox"/> その他/OTHER						
下校後の保護者一氏名 (苗字、名前) PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)			使用希望言語/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> 英語/ENGLISH <input type="checkbox"/> 中国語/CHINESE <input type="checkbox"/> フランス語/FRENCH <input type="checkbox"/> 韓国語/KOREAN <input type="checkbox"/> スペイン語/SPANISH <input type="checkbox"/> ベトナム語/VIETNAMESE			
住所: ADDRESS:						
電話番号(内線): PHONE (EXT.):		携帯: CELL PHONE:	イメール: E-MAIL:			
学生との関係/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 保護者/GUARDIAN <input type="checkbox"/> その他/OTHER						
非常時(必要な場合のみ)教職員が父母(保護者)へ連絡後、応急処置又は医者や病院同行いたします。 (非常時、必要な場合、救急救助隊へ連絡をすることもあります。)						
担当医: PHYSICIAN CONTACT: (NAME)			担当医電話番号: PHYSICIAN PHONE:			
歯科医: DENTIST CONTACT: (NAME)			歯科電話番号: DENTIST PHONE:			
病院名: HOSPITAL PREFERENCE:						
薬によるアレルギー: ALLERGIES—MEDICATIONS:						
蜂刺されによるアレルギー/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> いいえ/NO <input type="checkbox"/> はい/YES 追加情報:						
その他のアレルギー: ALLERGIES—OTHER:						
今服用している薬: (オプション): CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)						
その他考慮事項: OTHER CONCERNS:						
健康保険をお持ちですか。/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> いいえ/NO <input type="checkbox"/> はい/YES (はい、の場合は該当保険に記しをしてください。) <input type="checkbox"/> 一般/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE (メデカルアシスタントプログラム) <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS						
非常時考慮すべき健康上の問題などがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ/NO <input type="checkbox"/> はい/YES はいの場合 (詳細) DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?						
常時服用する薬がありますか。/IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> いいえ/NO <input type="checkbox"/> はい/YES (はいの場合 MCPS FORM 525-13を語記入の上学校へ提出してください。)						
_____			_____		_____	
父母・保護者名/Printed Parent/Guardian Name			父母・保護者名/Signature of Parent/Guardian		日付け/Date	