

緊急時連絡カード

			年 月 日		
学 校 名		小学校	学年・組		年 組
児 童 氏 名 カナ				血液型	平熱
児 童 氏 名					
生 年 月 日		年 月 日 (歳)			
保 護 者 氏 名					
現 住 所		八幡市			
自 宅 電 話 番 号					
緊 急 時 連 絡 先	連絡順 ①	連絡先名称 電話番号 (携帯電話)	—	児童との関係 ()	—
	②	連絡先名称 電話番号 (携帯電話)	—	児童との関係 ()	—
	③	連絡先名称 電話番号 (携帯電話)	—	児童との関係 ()	—
	④	連絡先名称 電話番号 (携帯電話)	—	児童との関係 ()	—
健 康 保 険	保 険 証 種 類				
	記 号 ・ 番 号				
	被 保 険 者 名				
	健康保険組合等所在地				
	保険者番号及び名称				
健康上特記すべき事項 (アレルギー等)					
現在治療中の病名・症状(定期的通院や服薬・補助具使用の有無)					
か か り つ け 病 院		小児 内科	名称 電話番号	外科	名称 電話番号
		歯科	名称 電話番号	眼科	名称 電話番号
備 考					

◎ 必ず記入し、入所施設に提出してください。