

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		性 別	男 ・ 女	平 熱	℃
児 童 氏 名					
生 年 月 日	年 月 日 (歳)			血液型	
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					

◎必ずご記入いただき、入所施設に提出してください。

	保護者確認欄 (※内容を確認していただき、組とサインをご記入ください。)					
学年・組	1年 組	2年 組	3年 組	4年 組	5年 組	6年 組
保護者 サイン欄						
施設確認欄						