

緊急時連絡票

幼 児 氏 名	ふりがな		生年月日
			平成・令和 年 月 日生
住 所			
保 護 者 名	ふりがな		ふりがな
	母()		父()
勤 務 先 名 勤 務 先 の 住 所 勤 務 先 T E L			
緊急時の連絡先 ※家庭状況調査票の 緊急連絡先と同じ順番で 記入してください。	① ② ③ (例:母携帯 090-1111-2222、実家の祖母 42-1111等 必ず本人と連絡がとれる順番で記入して下さい。) 		
かかりつけの医院 緊急受診させてほしい 医療機関名 (医院名とTEL)	・小児科 (TEL) ・整形外科 (TEL) ・歯 科 (TEL) ・耳鼻咽喉科 (TEL) ・眼 科 (TEL) ※特に指定の無い場合は、記入しなくても結構です。		
健康保険・保険証	記号・番号 発行機関名		
身 長 ・ 体 重	身長	c m	体重
平 熱 ・ 血液型	平熱	度	血液型
体質・健康状態 (該当する項目に○を つけて、状況を記入 してください。)	・熱性けいれん 発熱 以上 けいれんの状況 ・ひきつけ 状況 ・アレルギー 原因となるもの 発現時時の状況 ・アトピー性皮膚炎 状況 ・喘 息 状況		
その他連絡したい事			

※ 年度の途中で変更があった場合は、お知らせください。

緊急時引き渡しカード

ク ラ ス 名		名 前		地 区 名	
順番	氏 名	関係	連 絡 先	引き渡し日時1	引き渡し日時2
1			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
2			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
3			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
4			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
5			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
6			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
7			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
8			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
9			TEL — —	月 日	月 日
				:	:
10			TEL — —	月 日	月 日
				:	: