

4月に新担任に提出		緊 急 連 絡 カ ー ド						(保 健 用)		
年 組 番		ふりがな 氏 名				男 女	平成 年 月 日生 令和 (20 年)			
現住所		Tel -								
緊 急 連 絡 (勤務先または連絡先) ↓優先順に記入してください。						緊 急 時 に 学 校 か ら 運 ん で ほ し い 病 院				
氏 名		勤 務 先 名 ・ 連 絡 先		内 科		病院名		Tel -		
①ふりがな 続柄 ()		勤務先名 Tel (携帯)		外 科				-		
②ふりがな 続柄 ()		勤務先名 Tel (携帯)		整形外科				-		
③ふりがな 続柄 ()		勤務先名 Tel (携帯)		眼 科				-		
				歯 科				-		
健康保険証の名称				耳 鼻 科				-		
記号		番 号		【アレルギーについて】						
加入者		氏名		○薬アレルギーの有無 有 (薬品名) ・ 無						
		住所		○「エピペン」をもっていますか はい ・ いいえ ※「エピペン」はアナフィラキシー反応に対する自己注射薬のこと						
発行機関		保険者番号		【破傷風予防接種の記録】						
		名称		○三種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳) または四種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ) ・ 1 期 (3 回) … (受けた・受けていない・不明) ・ 1 期追加 (1 回) … (受けた・受けていない・不明)						
医療費受給者証番号 (子ども・ひとり親) 7 ケタ				○二種混合 (ジフテリア・破傷風) ・ 2 期 (1 回・11～12歳) … (受けた・受けていない・不明)						
◎健康に関して学校に知らせておきたいことや治療の際に注意する点等あれば、記入してください。										
在 学 中 の 兄 弟 姉 妹										
年 組		氏 名				年 組		氏 名		
保護者が不在のときに面倒を見ていただける近所の方										
氏 名						電 話				
連 絡 を 頼 め る 近 所 の 児 童 ・ 生 徒										
年 組		氏 名				電 話				

