

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						男 女	平成 年 月 日生	
		氏 名							令和 (2 0) 年生まれ	
現住所						TEL		続柄()		
緊急連絡先 優先順にご記入ください				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		勤務先名		外 科				—		
続柄		TEL								
()		(携帯)		整形成外科				—		
②ふりがな		勤務先名								
続柄		TEL		眼 科				—		
()		(携帯)								
③ふりがな		勤務先名		歯 科				—		
続柄		TEL								
()		(携帯)		耳 鼻 科				—		
マイナポータル(マイナ保険証の場合)または資格確認書等で確認し、転記してください。裏面参照										
健康保険証の名称				【アレルギーについて】						
記号		番 号		①食物アレルギーの有無 無 ・ 有 (食品名)						
加入者氏名 (被保険者又は世帯主氏名)				②薬アレルギーの有無 無 ・ 有 (薬品名)						
加入者住所				③「エピペン」をもっていますか (いいえ ・ はい)						
保険者番号				※「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						
保険者名 (〇〇組合 等)				【破傷風予防接種の記録】						
医療費受給者証番号 (子ども・ひとり親) 7 ケタ				○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)						
				○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学校生活で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				
緊急時に上記以外の連絡先で対応をお願いできる人 (いる場合は記入)										
その人との 関係性		氏名		電 話						