

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
-------	-------------	--	--------	-----------

現住所	TEL -
-----	-------

緊急連絡 (勤務先または連絡先)	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	病院名	TEL	
ふりがな 続柄 ()	勤務先名 TEL (携帯)	内 科	-	
ふりがな 続柄 ()	勤務先名 TEL (携帯)	外 科	-	
ふりがな 続柄 ()	勤務先名 TEL (携帯)	整形外科	-	
ふりがな 続柄 ()	勤務先名 TEL (携帯)	眼 科	-	
健康保険証の名称		歯 科	-	
		耳 鼻 科	-	

記号		番 号		【アレルギーについて】 <input type="checkbox"/> 薬アレルギーの有無 有 (薬品名) ・ 無 <input type="checkbox"/> 「エピペン」をもっていますか はい ・ いいえ <small>※「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</small> 【破傷風予防接種の記録】 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
加入者	氏名			
	住所			
発行機関	保険者番号			
	名称			
医療費受給者証番号 (子ども・ひとり親) 7ケタ				

◎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	
-----	-----	--	-----	--