

記入例

緊急時連絡カード 秘

緊急時連絡カードは、学校において、緊急時の対応以外に使用しません。記入もれがないようお願いいたします。

学校の管理下の病気やけがなどで、学校から医療機関に移送する場合、緊急先の医療機関については、原則学校一任となります。また、学校から医療機関に受診した場合には、学校職員が、病気やけがの状況及び治療内容について、医師から説明を得ることに同意します。

以上の内容について、承諾していただける場合は、保護者の方の署名をお願いします。

保護者署名 高須 光一

ここは、記入しないでください。

児童名（ふりがな）	高須 花子 （たかす はなこ）	学年	1 年
生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日生	組	組
保護者名	高須 光一	番号	番
住 所	尾道市高須町1234 自宅Tel 0848（46）1234		

★緊急時の連絡先（*必ず連絡がとれるように、連絡先3ヶ所を記入してください。）

連絡先①	本人との関係（母・百合子）勤務先（いきいき生花店）	Tel	22-1234
連絡先②	本人との関係（父・光一）携帯	Tel	090-1234-5678
連絡先③	本人との関係（祖父・尾道元一）祖父自宅	Tel	37-1234

★緊急時移送先の医療機関について（*受診を希望する病院。記入のない場合は、学校に一任。）

外科・整形外科	〇〇病院 Tel	内科・小児科	●●内科 Tel
歯 科	△△歯科 Tel	眼 科	▲▲眼科 Tel
耳鼻科	□□耳鼻科 Tel	皮膚科	■皮膚科 Tel
その他	Tel		

★保険証の種類

社保 国保 共済 船舶 その他（ ）

★アレルギーの有無について

アレルギー体質が・・・

（ ない ・ ある ）

*ある場合、具体的にご記入ください。

○食物（ 卵 ピーナッツ ）

○薬（ 抗生物質〇〇〇〇 ）

○その他（ ネコ ）

★ひとり親等医療の有無

（ 有 ・ 無 ）

★乳幼児等医療の有無

（ 有 ・ 無 ）

★平 熱・・・（ 36.5 ）℃