

\*この用紙は、**2月24日(金)**に提出してください。

## 緊急時連絡カード **秘** (記入例)

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。

保護者名：

印

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28年 5月 2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〇〇-〇〇〇〇	内科・小児科	●●内科 Tel〇〇-〇〇〇〇
歯科	△△歯科 Tel〇〇-〇〇〇〇	眼科	▲▲眼科 Tel〇〇-〇〇〇〇
耳鼻科	□□耳鼻科 Tel〇〇-〇〇〇〇	皮膚科	■■皮膚科Tel〇〇-〇〇〇〇
その他	Tel		

### ★保険証の写し(\*記入またはコピー添付)

種類	( <b>社保</b> ) 国保 共済 船舶 その他( )
記号	尾 いろは
番号	123456
組合員	名前 高須 光一 住所 尾道市高須町1234
発行機関	所在地: 福山市今津町4321 保険者番号: 01432100 名称: 花丸商事 株式会社

### ★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  
○食物(卵 そば )  
○薬(抗生物質〇〇〇)  
○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 )℃