記入例

緊急時連絡カード　㊙

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。

〇食物（　卵　ピーナッツ　）

〇薬（　抗生物質〇〇〇〇　）

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　）℃