

緊急連絡カード (記入例) (保健用)						
6年6組20番		ふりがな 氏名	ところざわ たろう 所沢 太郎	男 女	平成・令和 25年4月2日生	
現住所		所沢市 元町7-37			Tel 04-2922-0281	
緊急連絡 (勤務先または連絡先) ↓優先順に記入してください。				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	ところざわ はなこ	勤務先名	▲▲会社	外科	病院名	Tel
続柄 (母)	所沢 花子	Tel	77-7777-7777 (携帯) 666-6666-6666	整形外科 眼科 歯科 耳鼻科	必要に応じてご記入ください	
②ふりがな	ところざわ いちろう	勤務先名	●●会社			
続柄 (父)	所沢 一郎	Tel	99-9999-9999 (携帯) 888-8888-8888			
③ふりがな	さいたま はなみ	勤務先名				
続柄 (祖母)	埼玉 花美	Tel	55-5555-5555 (携帯) 444-4444-4444			
健康保険証の名称						
●●●●組合						
記号	▲●■	番号	33333	【アレルギーについて】		
加入者	氏名	所沢 一郎 ※保護者名		○薬アレルギーの有無 有 (薬品名 サワシリン) ・無		
	住所	埼玉県所沢市元町7-37		○「エビペン」をもちていますか はい ・ いいえ ※「エビペン」はアナフィラキシー反応に対する自己注射薬のこと		
発行機関	保険者番号	22222222		【破傷風予防接種の記録】		
	名称	●●●●組合▲▲支部		○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)		
医療費受給者証番号 (子ども・ひとり親) 7ケタ				○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)		
11111111						
◎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。						
必要に応じてご記入ください						
在学中の兄弟姉妹						
3年3組	氏名	所沢 次郎		年組	氏名	
連絡を頼める近所の児童・生徒						
6年6組	氏名	西所沢 五郎		電話	33-3333-3333	

※保険証の名称や記号・番号等は保険証に記載してあるものをご確認ください。