

緊急連絡力一 (記入例) (保 健 用)

6年6組20番	氏名	ふりがな 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		
①ふりがな ところざわ はなこ 続柄 (母) 所沢 花子		勤務先名 ▲▲会社 TEL 77-7777-7777 (携帯) 666-6666-6666		
②ふりがな ところざわ いちろう 続柄 (父) 所沢 一郎		勤務先名 ●●会社 TEL 99-9999-9999 (携帯) 888-8888-8888		
③ふりがな さいたま はなみ 続柄 (祖母) 埼玉 花美		勤務先名 TEL 55-5555-5555 (携帯) 444-4444-4444		
健康保険証の名称 ●●●●組合		内科 病院名 TEL		
外科 病院名 TEL		整形外科 病院名		
眼科 病院名		歯科 病院名		
耳鼻科 病院名 TEL		必要に応じてご記入ください		

記号	▲●■	番号	33333	
加入者	氏名	所沢 一郎 ※保護者名		
	住所	埼玉県所沢市元町7-37		
発行機関	保険者番号	22222222		
	名称	●●●●組合▲▲支部		
医療費受給者証番号 (子ども・ひとり親) 7ヶタ 1 1 1 1 1 1 1				
【アレルギーについて】				
○薬アレルギーの有無 有 (薬品名 サワシリン) 無				
○「エピペン」をもっていますか はい 無				
※「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				
【破傷風予防接種の記録】				
○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)				
○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)				

○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。