

緊急連絡カード (記入例) (保健用)

6年7組20番	ふりがな 氏名	ところざわ たろう 所沢 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	平成・令和 26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 ①ふりがな 続柄 (母)	ところざわ はなこ 所沢 花子 勤務先名 ▲▲会社 TEL 77-7777-7777 (携帯) 666-6666-6666	外科	病院名	TEL
② ②ふりがな 続柄 (父)	ところざわ いちろう 所沢 一郎 勤務先名 ●●会社 TEL 99-9999-9999 (携帯) 888-8888-8888	整形外科	病院名	TEL
③ ③ふりがな 続柄 (祖母)	さいたま はなみ 埼玉 花美 勤務先名 TEL 55-5555-5555 (携帯) 444-4444-4444	眼科	病院名	TEL
		歯科	病院名	TEL

必要に応じてご記入ください

マイナポータル(マイナ保険証の場合)または資格確認書等で確認し、転記してください。裏面参照

健康保険証の名称
●●●●組合

記号	▲●■	番号	33333
----	-----	----	-------

加入者氏名 (被保険者又は世帯主氏名)	所沢 一郎 ※保護者名	【アレルギーについて】
------------------------	-------------	-------------

加入者住所	埼玉県所沢市元町7-37	○薬アレルギーの有無 <input checked="" type="radio"/> 有(薬品名 サワシリン) ・無
-------	--------------	--

保険者番号	2222222	○「エピペン」をもちていますか はい ・ <input checked="" type="radio"/> え ※「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】

保険者名 (○○組合等)	●●●●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)
-----------------	------------	--

医療費受給者証番号(子ども・ひとり親)7ケタ	1111111	・1期(3回)… <input checked="" type="radio"/> 受けた・受けていない・不明
------------------------	---------	---

		・1期追加(1回)… <input checked="" type="radio"/> 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)… <input checked="" type="radio"/> 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

4年7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7組	氏名	西所沢 五郎	電話	33-3333-3333
------	----	--------	----	--------------