

緊急連絡カード

(記入日 年 月 日)

ふりがな 園児名前			性別	男・女	生年月日	令和 西暦	年	月	日生
住 所	〒 - 海田町				自 宅 電話番号				
ふりがな 保護者名前	園児との続柄 ()				園児との続柄 ()				
携 帯 電話番号	※				※				
勤務先 (部 署)									
所在地									
勤務先 電話番号	※				※				
※ 緊急時に連絡を行う場合の優先順位を記入してください。(1~4)									
保護者以外 の緊急 連絡先	名前(ふりがな)				園児との続柄 ()		電話番号		
	住 所 〒								
健康保険 の状況	種 類	・健康保険 ・国民健康保険 ・共済組合 ・その他()							
	記 号				資格取得年月日	年 月 日			
	番 号				事業所名称				
	保険者名称				保険者番号				
公費負担 医療制度 の状況	種類	・乳児医療 ・ひとり親医療 ・生活保護 ・その他()							
	公費負担 番号				受給者番号				
かかりつけ 医療機関	診療科目	医療機関名			市区町名		連絡先電話番号		
既往 症等	・アレルギー 有 ・ 無				・喘息 有 ・ 無				
	・アトピー 有 ・ 無				・熱性けいれん 有 ・ 無				
	・薬疹 有 ・ 無				・脱臼 有 ・ 無 (部位)				
	その他, 配慮が必要な事項 ()								
・体重 (kg) ・身長 (cm) ・平熱 (°C) ・血液型 (型)									