

# 一時的保育緊急連絡カード

(記入日 年 月 日)

ふりがな 児童名前		性別	男・女	生年月日	平成 令和	年 月 日生
住所	〒 -			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 )						