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  ・アトピー　　　　有　・　無  ・薬疹　　　　　　有　・　無 | | | | | | ・喘息　　　　　　　　有　・　無  ・熱性けいれん　　　　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（　　　　℃）　・血液型（　　　　型） | | | | | | | | | | | |