

記入例

保健室緊急連絡カード

川崎市立長尾小学校

		2年	3年	4年	5年	6年								
		の枠内は全員				の枠内は該当する方、ご記入ください。		番						
氏名	ふりがな	ながお あい		生年月日	平成 27年 5月 15日生		血液型	A型						
		長尾 愛			男・(女)									
住所	川崎市 多摩区 長尾7-28-1													
	☎(044) 866 - 1541													
保護者	氏名	長尾 たろう		続柄	父		氏名	長尾 はなこ						
							続柄	母						
緊急連絡先	(例: ①) 緊急時や、ケガや病気の報告の際①から順番に電話をかけます。 (④祖母携帯) (例: ②) ので、ご連絡のつきやすい順番に記入ください。 ... (例: ③) 勤務先を記入いただく際には、勤務先名も記入ください。													
	① 母携帯				② 母勤務先・☆☆会社***課									
	☎(080) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				☎(044) 〇〇〇-〇〇〇 【呼び出し・◇◇◇◇】									
	③ 父携帯				④ 祖母(長尾 はるこ)携帯									
☎(090) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				☎(070) 〇〇〇〇-〇〇〇〇										
兄弟姉妹	(現在長尾小学校に在学している兄弟姉妹)													
	名前	1年	2年	3年	4年	5年	6年	名前	1年	2年	3年	4年	5年	6年
	長尾 じろう			2										
保険の種類	(健保) ・ 共済 ・ 国保 ・ 船舶 ・ ()													
かかりつけの医療機関	外科 (整形外科)					内科 (小児科)								
	受診したことがある病院をご記入ください。 その他の病院や書ききれない場合は備考にご記入ください。					ながお小児科								
	☎() □□□ - □□□)								
	歯科					その他 (眼科・耳鼻科など)								
ながお歯科					ながお耳鼻咽喉									
☎(044) ■■■ - ■■■					☎(044) △△△ - △△△									
※緊急の場合は、できるだけ掛かり付けの医療機関に搬送いたしますが、状況によっては、一番早く受診できる医療機関にお連れします。														
備考														

※訂正がある場合は、朱色で訂正をお願いします。

※毎年4月にご家庭に返却します。確認後、日付をご記入ください。		2年	3年	4年	5年	6年
	確認日	4/8	/	/	/	/