



# 緊急連絡カード

年 組

福岡市立原西小学校  
(831) 6960

児童名 (男・女)

保護者名

生年月日 年 月 日

住所

電話

緊急連絡先…必ず連絡のとれる連絡先(職場・携帯など)を3カ所記入してください。

優先順位	氏名	本人との関係	携帯電話番号	電話	電話の場所(勤務先等)
①					
②					
③					

かかりつけの病院があれば記入してください。学校に一任の場合は○をしてください。

診療科等	病院名	電話	学校に一任の場合は○を
内科・小児科			
外科			
眼科			
歯科			
耳鼻科			
その他			

けが等で病院受診の際に必要な項目ですので、下記の項目に○または必要事項をご記入ください。

・薬や食べ物等によるじんま疹等のアレルギーはありますか。	・ある(原因) ・なし
・ぜんそくはありますか。	・ある(原因) ・なし
・ぜんそく等のアレルギーで薬をのんでいますか。	・ある(薬名) ・なし
・常時飲んでいる薬がありますか。	・ある(薬名) ・なし
・ひきつけ、けいれんを起こしたことがありますか。	・ある( 歳頃 ) ・なし
・そのとき熱がでましたか。	・はい( 度 ) ・いいえ

※お子様の健康面で、特に学校へ連絡を必要とすることがありましたら、裏面の「緊急時の対応について」にご記入ください。

# 緊急時の対応について

※心臓病や腎臓病などの疾患で定期的に病院を受診していたり、ぜんそくやアレルギーなどで心配がある場合、または学校に配慮してほしいことがあるときは、必ず記入してください。

(ふりがな) 名前			
記入者		本人との関係	
記入日	年	月	日
主な病名			
主な症状		くすりの薬を飲んでいる場合；薬の名前（ ）	
学校生活で配慮すべき内容や連絡事項等			
学校へ携帯する薬がある場合 (主治医からの指示書または診断書の提出をお願いいたします。)	携帯薬		
	投与方法		
	保管方法		
	安全性の情報		
	副作用 併用禁忌等		
緊急時	予測される緊急を要する状態		
	対処の仕方		
時	移送する病院	病院名	電話
		主治医 診察券番号	
かかりつけの病院		病院名	電話
		主治医	
		診察券番号	