



緊急時連絡カード

※お子様のケガや病気の際のみに使用いたします。

年 組 番

児童氏名 (ふりがな)

保護者氏名 (ふりがな)

住所 福岡市城南区

電話番号

▼ 緊急連絡先 ※日中連絡がとれる番号を優先順にご記入ください。

	氏名	続柄	電話番号①	電話番号②
①			携帯電話・勤務先 (※)	携帯電話・勤務先 (※)
②			携帯電話・勤務先 (※)	携帯電話・勤務先 (※)
③			携帯電話・勤務先 (※)	携帯電話・勤務先 (※)

※ さしつかえなければ、勤務先の名称等をご記入ください。

▼ お子様のかかりつけ病院 (学校に一任の場合、チェックを入れてください。)

	病院名	電話番号	学校に一任
内科・小児科			<input type="checkbox"/>
整形外科・外科			<input type="checkbox"/>
耳鼻科			<input type="checkbox"/>
眼科			<input type="checkbox"/>
歯科			<input type="checkbox"/>
その他			<input type="checkbox"/>

▼ お子様のことについて

・生年月日 平成 年 月 日

・校内での兄弟児 なし ・ あり → 年 組 名前

年 組 名前

・食物アレルギー： なし ・ あり (ありの場合 具体的に)

・薬品アレルギー： なし ・ あり (ありの場合 具体的に)

・現在治療中の病気・ケガ： なし ・ あり (ありの場合 具体的に)

・今までかかった大きな病気・ケガ： なし ・ あり (ありの場合 具体的に)

※ 記入は裏面もごさいます。

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る場合や、
学校生活を送るにあたり、心配なことや学校に配慮してほしいことがあるときは、
必ずご記入ください。

(特になし場合は、なしに○をつけてください。)

健康上 配慮の必要		ある・なし
病名		
症状		
学校生活において 配慮すべき内容や 注意事項		常時飲んでいる薬 なし ・ あり ()
緊急時	予測される 緊急を要する 状態	
	対処の仕方	
	移送する病院	病院名 電話番号 () 主治医名
かかりつけ医	病院名 電話番号 () 主治医名	