



# 緊急時連絡カード

このカードは、お子様が学校で病気やけがをされた時に使用しますので、正確に記入して下さい。

月隈小学校	年	組	番			
ふりがな：				生年月日：平成	年 月 日	
児童名：	本校在学のきょうだいの学年・組・名前					
保護者名：				保険証の種類：国民	社会	その他( )
住所：博多区				自宅電話：( )	-	
				平熱：	℃	

緊急連絡先（携帯のみでなく、勤務先など必ず連絡の取れるところをご記入ください。）

優先順位	氏名	本人との関係	携帯電話番号	勤務先電話番号
①				
②				
③				

けがや急病等の緊急時に受診する医療機関（学校に一任される場合は○をつけてください。）

診療科名	かかりつけの病院名	電話番号	
整形外科・外科			学校に一任
内科・小児科			学校に一任
眼科			学校に一任
耳鼻科			学校に一任
歯科			学校に一任
その他			学校に一任

※特にかかりつけの病院がなければ、学校から移送する病院でご了承ください。

病院受診の際に必要ですので、下記の項目に○または必要事項をご記入ください。

血液型	A	B	O	AB	不明	Rh	+	-	不明	
① 食物・薬品等によるアレルギー症状（じんましん等）がでたことがありますか。	食	・ない								
	物	・ある（食物名：）								
	薬	・ない								
	品	・ある（薬品名：）								
② ぜんそくはありますか。	・ない		・ある（かかりつけの病院）							
※発作の様子や対処方法につきましては裏面に記載してください。										
③ 常時服用している薬はありますか。	・ない		・ある（病名）							
（薬名）										
④ ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか。	・ない		・ある（回、歳頃）							
・その時熱がでましたか。	・でていない		・でた（℃）							
⑤ その他の病気等	・ない		・ある（病名等）							

※お子さまの健康面で、学校へ連絡を必要とすることがありましたら、裏面にご記入ください。

# 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る場合、ぜんそくやアレルギー等で心配がある場合、その他学校において配慮が必要な場合は、対応方法について詳しくご記入ください。

年 組 番 氏名					
主な病名					
主な症状	薬を飲んでいる場合：薬名（ ）				
かかりつけの病院	<table border="0"> <tr> <td>病院名</td> <td>主治医</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話番号</td> </tr> </table>	病院名	主治医	住所	電話番号
病院名	主治医				
住所	電話番号				
学校生活で 配慮すべき内容 連絡事項等					
学校へ携帯する 薬がある場合	薬品名				
	使用方法				
	保管方法				
	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				
	移送する病院	<table border="0"> <tr> <td>病院名</td> <td>主治医</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話番号</td> </tr> </table>	病院名	主治医	住所
病院名	主治医				
住所	電話番号				
その他：					

