

# [記入例]

㊟緊急連絡カード(保健室用)

ふじみ野市立西小学校

○年 ○組	ふりがな 児童名	ふじ みの 藤 美野	男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 HO・O・O	平熱 36.5℃
住所	ふじみ野市 西2-10-25		電話 049-261-1200		
緊急連絡先	順位	本人との関係	氏名 勤務先等	電話番号・携帯番号等	
	1	母	藤 保子 スーパー○○	携帯等 090-○○○○-××××	勤務先等 049-×××-△△△△
	2	父	藤 健一郎 ○○会社	携帯等 090-△△△△-○○○○	勤務先等 03-○○○○-△△△△
	3	祖母	福岡 市子 自宅(市町村名)	携帯等 090-××××-○○○○	勤務先等 049-△△△-××××
在学兄弟姉妹名 3年○組 藤 美紀			在学兄弟姉妹名 6年○組 藤 実史		
希望する 病院名	内科 ○○内科 262-○○○○	整形外科 ○○整形 251-○○○○	外科 ○○外科 263-○○○○		
	歯科 ○○デンタルクリ ニック 264-○○○○	眼科 ○○眼科 252-○○○○	耳鼻科 ○○耳鼻科 242-○○○○		
保険証	種類 国保・ <input checked="" type="radio"/> 社保・組合保・その他( )		アレルギー 無・ <input checked="" type="radio"/> 有		
	記号 ○○○	番号 ○○○	種類( そば、ピーナッツ )		
	保険者名称 ○○健康保険組合		対応等(ランドセル内の薬を飲む)		
	保険者番号 ○○○○		その他の病気や体質等 偏頭痛あり		

\* 希望する医療機関名の記入がなく、保護者の方に連絡が見つからない場合は学校で判断しますので、ご了承ください。

令和4年度から、保険証のコピーを添付していません。