

# [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			在学兄弟姉妹名			
3年○組 藤 美紀			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( )	既 往 症	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つか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。