

緊急連絡カードの記入について

- ◎該当学年のクラスを記入してください。
- ◎変更がある場合は、二重線で消して赤色で訂正してください。

- ★体調不良やけが等で受診やお迎えが必要となった時に使用します。
- ★自宅以外の連絡先は、日中に連絡が取れるところをご記入ください。（工作中、携帯がつかない場合は、職場の連絡先をご記入いただくと助かります。）
- ★また、病院受診や救急搬送のときに医療機関への情報提供で使用します。

変更や訂正することがある場合は、すみやかにご連絡ください。

緊急連絡カード

大津市立真野小学校

この緊急連絡カードの目的は、お子さんがけがや病気をされた時、学校と家庭の連絡を速やかに行ったり、あるいは、病院で治療を受ける際に役立てたりするものです。保健室で保管します。

ふりがな 児童名	
-------------	--

1年 組	2年 組	3年 組	4年 組	5年 組	6年 組
生年月日	平成	年	月	日	住所 大津市
保護者名		血液型	型	町別	

緊急連絡先(必ず連絡のとれる連絡先をご記入ください。)

自 宅	0 7 7 - -		
①緊急連絡先 ()	②緊急連絡先 ()		
③緊急連絡先 ()	④緊急連絡先 ()		

かかりつけの医院等

小児科・内科		眼 科	
歯 科		整形外科	
耳 鼻 科		そ の 他	

アレルギーについて

アレルギーだと言われていますか。	有 ()	無
食物アレルギーがありますか。	有 ()	無
薬品のアレルギーがありますか。	有 ()	無

今までにかかった病気(受診の際に医師に伝えたいこと)

--