

緊急連絡カード(表)							( 保 健 用 )		
年	組	番	ふりがな	男女	平成 令和	年	月	日生	
			氏名						
現住所		所沢市			TEL 自宅		TEL 携帯 (続柄)		
<b>緊急連絡(勤務先または連絡先)</b> ↓優先順に記入してください↓					<b>緊急時に学校から運んでほしい病院</b>				
氏名		勤務先名・連絡先			病院名		TEL		
優先度1	続柄		勤務先名		内科				
ふりがな			勤務先TEL		外科				
名前			(携帯)		整形外科				
優先度2	続柄		勤務先名		眼科				
ふりがな			勤務先TEL		歯科				
名前			(携帯)		耳鼻科				
優先度3	続柄		勤務先名		<b>【 ア レ ル ギ ー に つ い て 】</b>				
ふりがな			勤務先TEL		○薬アレルギーの有無		有 ・ 無		
名前			(携帯)		薬品名				
				○「エピペン」をもっていますか					はい ・ いいえ
健康保険証の名称				※「エピペン」はアナフィラキシー反応に対する自己射薬のこと					
<b>【 破 傷 風 予 防 接 種 の 記 録 】</b>									
記号			番号		○三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)または 四種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)				
加入者	氏名				1期(3回)	受けた	受けていない	不明	
	住所				1期追加(1回)	受けた	受けていない	不明	
発行機関	保険者番号				○二種混合(ジフテリア・破傷風)				
	名称				2期(1回) (11~12歳)	受けた	受けていない	不明	
医療費受給者証番号(子ども・ひとり親)7ケタ									
◎健康に関して学校に知らせておきたいことや治療の際に注意する点等あれば、記入してください。									
<b>在学中の兄弟姉妹</b>									
年	組	氏名							
年	組	氏名							
<b>連絡を頼める近所の児童・生徒</b>									
年	組	氏名							
年	組	氏名							

児童名		児童個人調査票・緊急時引き渡しカード(裏)					
児童について	性格について						
	食べ物について						
	習い事について						
	仲のよい友だち						
	家庭の教育方針						
	学校・担任への希望						
家族構成(本人を除く)	氏名	本人との続柄	年齢	在学学校名(学年組)・勤務先			
							【家庭数】 学校 記入欄 <input type="checkbox"/>
自宅から学校までの略図(目標となる建物などを入れてください)							
通学班	地区			班長			
			班	年	組	氏名	
緊急時引き渡し	優先順	関係	氏名	連絡先	住所・勤務先等	緊急時記入欄 引き取り者サイン	
	①					/	
	②					/	
	③					/	
	④					/	
* 児童館、学童クラブ、子供会等には引き渡しできません。代理人は、児童の顔見知りで、了解を得ている人を記入して下さい。						第1回引渡 訓練確認 チェック欄	<input type="checkbox"/>

記入例			緊急連絡カード(表)				( 保 健 用 )						
年	組	番	ふりがな	しんえい しょうこ		男	平成	28	年	12	月	19	日生
			氏名	伸栄 小子		女	令和						
現住所			所沢市中新井1-1-1				TEL 自宅	04-1111-xxxx			TEL 携帯	090-2222-xxxx	
緊急連絡(勤務先または連絡先) ↓優先順に記入してください↓						緊急時に学校から運んでほしい病院							
氏名			勤務先名・連絡先			内科	●●クリニック		04-2◇◇◇-□□□□				
優先度1	続柄	母	勤務先名	◎◎商事		外科	▲▲医大		04-3◇◇◇-□□□□				
ふりがな	しんえい はなこ		勤務先TEL	04-2995-□□□□		整形外科	なし						
名前	伸栄 花子		(携帯)	090-2222-△△△△		眼科	なし						
優先度2	続柄	父	勤務先名	(株)しんえいマーケット		歯科	なし						
ふりがな	しんえい たろう		勤務先TEL	04-2995-0000		耳鼻科	なし						
名前	伸栄 太郎		(携帯)	090-3333-△△△△		【 ア レ ル ギ ー に つ い て 】							
優先度3	続柄	祖父	勤務先名	自宅		○薬アレルギーの有無		有 ・ 無					
ふりがな	しんえい かずお		勤務先TEL	04-2995-◇◇◇◇		薬品名							
名前	伸栄 一男		(携帯)	なし		○「エピペン」をもっていますか		はい ・ いいえ					
健康保険証の名称						※「エピペン」はアナフィラキシー反応に対する自己射薬のこと							
国民健康保険						【 破 傷 風 予 防 接 種 の 記 録 】							
記号	埼玉		番号	000-00000枝番		○三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)または 四種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)							
加入者	氏名	伸栄 太郎			1期(3回)	受けた ・ 受けていない ・ 不明							
	住所	所沢市中新井00-00			1期追加(1回)	受けた ・ 受けていない ・ 不明							
発行機関	保険者番号	0000000			○二種混合(ジフテリア・破傷風)								
	名称	所沢市			2期(1回) (11~12歳)	受けた ・ 受けていない ・ 不明							
医療費受給者証番号(子ども・ひとり親)7ケタ						1	2	3	4	5	6	7	8
◎健康に関して学校に知らせておきたいことや治療の際に注意する点等あれば、記入してください。													
食物アレルギーや運動での配慮事項等があればご記入下さい。													
在学中の兄弟姉妹													
3	年	1	組	氏名	伸栄 中男								
6	年	2	組	氏名	伸栄 高子								
連絡を頼める近所の児童・生徒													
4	年	1	組	氏名	中新井 五郎								
5	年	2	組	氏名	花園 花子								

児童名	伸栄 小子	児童個人調査票・緊急時引き渡しカード(裏)
-----	-------	-----------------------

児童について	性格について	ご記入できる範囲でご記入下さい。
	食べ物について	ご記入できる範囲でご記入下さい。
	習い事について	(月)スイミング (金)ダンス
	仲のよい友だち	3年 〇〇 〇〇さん
	家庭の教育方針	ご記入できる範囲でご記入下さい。
	学校・担任への希望	必要ならば、ご記入ください。

家族構成(本人を除く)	氏名	本人との続柄	年齢	在学名(学年組)・勤務先(住所)	
	伸栄 花子	母	30	◎◎商事(武蔵野市〇〇〇-〇〇)	
	伸栄 太郎	父	30	(株)伸栄マーケット(所沢市中新井〇〇-〇〇)	
	伸栄 一男	祖父	65	在家庭	
	伸栄 中男	姉	9	伸栄小学校 3年1組	
	伸栄 高子	兄	11	伸栄小学校 6年2組	【家庭数】 学校 記入欄 <input type="checkbox"/>

自宅から学校までの略図(目標となる建物などを入れてください)

**手書きしていただくか、地図アプリ等から、印刷またはスクリーンショットで張り付け等をしていただいても問題ありません。図形で囲むなど、自宅が分かるように印をして下さい。**

通学班	地区			班長		
	中新井1丁目	2	班	6年1組	氏名	所沢 次郎
緊急時引き渡し	優先順	関係	氏名	連絡先	勤務先・住所等	緊急時記入欄 引き取り者サイン
	①	祖母	伸栄 一男	04-2995-◇◇◇◇	自宅(所沢市中新井〇-〇)	/
	②	母	伸栄 花子	090-2222-△△△△	(株)伸栄マーケット	/
	③	父	伸栄 太郎	04-2995-〇〇〇〇	◎◎商事	/
	④	代理人	伸栄 一郎	04-2995-〇〇〇〇	所沢市中新井〇-〇	/
* 児童館、学童クラブ、子供会等には引き渡しできません。代理人は、児童の顔見知りで、了解を得ている人を記入して下さい。						第1回引渡 訓練確認 チェック欄 <input type="checkbox"/>