



# 緊急連絡票（保健室保管）

この連絡票は、お子さんの体の具合が悪くなったり、思わぬ事故が起こった時に一刻も早くご家庭に連絡したり、病院へ移送したりするためのものです。正確に記入してください。途中で連絡先が変更になった場合は、担任に連絡してください。

ふりがな			性別	生年月日
年	組	番	名前	( )平成 年 月 日
住所 (アパート・マンション名・部屋番号まで詳しくご記入ください) 熊本市 区			保護者 名前	
家族 名前	続柄	年齢	本校児童 組	緊急連絡先 (連絡順番は、自宅→1→2→3)
				自宅 TEL ( )
				1 名前 携帯 TEL ( ) 本人との続柄 ( ) 勤務先 TEL ( )
				2 名前 携帯 TEL ( ) 本人との続柄 ( ) 勤務先 TEL ( )
				3 名前 携帯 TEL ( ) 本人との続柄 ( ) 勤務先 TEL ( )
父母の勤務先・祖父母・親戚・近所で相談できる方など (勤務先はさしつかえない範囲で記入してください。)				
<b>※太枠部分は児童票と同じ内容をご記入ください</b>				
<b>緊急に連絡が取れない場合の希望病院⇄ある分だけ記入してください。</b>				
外科				TEL
整形外科				TEL
内科				TEL
眼科				TEL
歯科				TEL
その他				TEL
薬アレルギーなど、病院受診の際、気をつけて欲しいこと。	1	あり(薬品名など)	2	なし
保険証	1	あり 名称 ( ) (記号 番号 )	2	なし

いずれの連絡もとれない場合は、学校の判断による処置に任せます。

保護者名

印