



保健室用《緊急連絡票》

※取扱注意

- この連絡票は、学校から緊急の連絡（子どもさんの急病や負傷で受診を要する時など）をする際に使用します。確実に連絡が取れるように、いくつかの連絡先をご記入ください。
- 年度途中で連絡先などの変更があった場合は、担任・保健室への連絡をお願いいたします。
- 学校のホームページにこの様式を掲載しています。そちらをダウンロードされて必要事項を入力後、プリントアウトして提出されても大丈夫です。

熊本市立力合西小学校 保健室

年 組 番 () 学級	住 所 〒 熊本市南区		
ふりがな 児童氏名	性別：()	保護者氏名	
生年月日	平成 年 月 日	自宅電話	
本校在学の 兄弟姉妹	年 組・()学級 名前	年 組・()学級 名前	年 組・()学級 名前

緊急連絡先 ※変更があった場合は必ずお知らせください。

優先順	連絡相手（氏名・続柄等）	連絡先名（事業所名等）	電話番号
第1連絡先			
第2連絡先			
第3連絡先			
第4連絡先			

かかりつけの病院	内科	病院名	電話
	歯科	病院名	電話
	眼科	病院名	電話
	皮膚科	病院名	電話
	外科	病院名	電話
連絡事項	※医薬品・注射・食品等のアレルギー、その他健康上配慮を要することがありましたらお書きください。		