# 園 児 緊 急 連 絡 カ ー ド

記入日　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 続　柄 | 生年月日 |
| 児童名 | | 長男・二男・三男・四男<br>長女・二女・三女・四女 | 平成　　年　　月　　日 |
| 住　所<br>アパート等は棟号 | 〒 | | |
| | TEL | FAX | |
| | メールアドレス | | |

| | | |
|---|---|---|
| 父 | ふりがな | 勤務先住所 |
| | 名　前 | |
| | | TEL |
| | 勤務先名 | 携帯・PHS<br>メールアドレス |
| | 《勤務時間》　　時　　分～　　時　　分<br>《休　　日》　　毎 ・ 各週 ・ 日曜 ・ その他（　　） | |
| 母 | ふりがな | 勤務先住所 |
| | 名　前 | |
| | | TEL |
| | 勤務先名 | 携帯・PHS<br>メールアドレス |
| | 《勤務時間》　　時　　分～　　時　　分<br>《休　　日》　　毎 ・ 各週 ・ 日曜 ・ その他（　　） | |

| 健康保険証 | | | |
|---|---|---|---|
| 区　分 | 国保・社保・共済 | 被保険者氏名 | |
| 事業所名 | | 記号・番号 | |
| かかりつけの病院<br>TEL | | 平　熱 | ℃ |
| | | 血液型 | RH（＋・－）　　型 |

◎保育園で主に利用している以外の病院を　希望します　・　希望しません

小児科　　外科　　整形外科

*希望するの場合は、お迎えをお願いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 緊急連絡先を優先順に記入して下さい。 | 1. TEL<br>氏名 | 2. TEL<br>氏名 | 3. TEL<br>氏名 |
| | この順番にお電話します。〔連絡します〕 | | |

| 送迎する方 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 名　前 | | TEL | | 関係 | |
| 名　前 | | TEL | | 関係 | |
| 緊急時送迎する方 | | | | | |
| 名　前 | | TEL | | 関係 | |
| 名　前 | | TEL | | 関係 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 入　所 | 平成　　年　　月　　日 | 退　所 | 平成　　年　　月　　日 |

＊裏に健康保険証のコピーをいただきます。

## ［健康保険証添付欄］

こちらに健康保険証と子ども医療費受給資格証のコピーを.貼ってください。
コピーは番号記号欄とお子様の名前の入っている欄をコピーして下さい。

特記事項

| | |
|---|---|
| 今までにかかった大きな病気等 | |
| 服用薬があれば薬品名 | |
| アレルギー　　無　・　有 | アレルギー項目 |