

児童緊急連絡票

電話番号の後ろに連絡順を記入して下さい。

記入日 平成 25年 月 日

ふりがな			続 柄		
児童名			生年月日	平成 年 月 日	
住 所	〒				
	TEL		FAX		
父	ふりがな				
	名 前				
	勤務先名				
	勤務先住所				
	勤務先電話				
	携帯番号				
	メールアドレス				
母	ふりがな				
	名前				
	勤務先名				
	勤務先住所				
	勤務先電話				
	携帯番号				
	メールアドレス				
児童の 健康保険証	記 号				
	番 号				
	氏 名				
	保険者番号				
かかりつけ	小 児 科			TEL	
	外 科			TEL	
	整形外科			TEL	
緊急時は輸血を 希望します ・ 希望しません 保護者名 _____ (印)					
緊急時はレントゲン撮影を 希望します ・ 希望しません 保護者名 _____ (印)					
薬のアレルギーが あります ・ ありません 有の場合 _____					
保護者以外で 送迎する方	名前	TEL		関係	
	名前	TEL		関係	

