

|    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 学年 | 1年 | 2年 | 3年 | 4年 | 5年 | 6年 |
| 組  |    |    |    |    |    |    |
| 番号 |    |    |    |    |    |    |

学校

「救急こども安心カード」

【保護者の皆様へ】

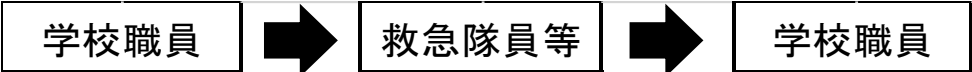
- ・このカードは、緊急時における救急車等の搬送の際に救急隊員等に情報を提供します。
- ・緊急連絡先等、変更がありましたら、＝線で訂正してください。
- ・年度途中の変更は、担任に申し出てください。

|                        |     |       |          |
|------------------------|-----|-------|----------|
| ふりがな                   |     |       | 性別 男 ・ 女 |
| 氏 名                    |     |       |          |
| 生年月日                   | 平成  | 年     | 月 日      |
| ふりがな                   |     |       |          |
| 保護者氏名                  |     |       |          |
| 住 所 ・ TEL              | TEL |       |          |
| 保護者勤務先                 | ①   | TEL   |          |
|                        | ②   | TEL   |          |
| 緊急連絡先<br>(確実に連絡がとれる番号) | ①   | 続柄( ) |          |
|                        | ②   | 続柄( ) |          |

|                                |               |     |  |
|--------------------------------|---------------|-----|--|
| 今までにかかった<br>病気等<br>(心臓病・ぜんそく等) |               |     |  |
| 服用している薬<br>(常用薬)               |               |     |  |
| かかりつけの病院                       | ①病院名( 科)      | TEL |  |
|                                | ②病院名( 科)      | TEL |  |
| アレルギーの有無                       | なし ・ あり (原因 ) |     |  |
| その他必要事項等                       |               |     |  |
|                                |               |     |  |

●本カードについて、緊急時の使用に同意します。

保護者氏名



\*必ず学校に返却\*