

受診時に持参します。

保育園

園児緊急連絡票

お願い！！電話番号の後ろに連絡順を記入して下さい。 記入日 令和 年 月 日

ふりがな			続柄		
児童名			生年月日	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TEL			連絡順	
	携帯番号			連絡順	
	メールアドレス				
旧姓等呼び出し名					
母	ふりがな				
	名前				
	勤務先名				
	勤務先住所				
	勤務先TEL			連絡順	
	携帯番号			連絡順	
	メールアドレス				
旧姓等呼び出し名					
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	
	歯科			TEL	
	外科・整形外科			TEL	
食物アレルギー 無 ・ 有 () 薬アレルギー 無 ・ 有 ()					
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写真を希望します・希望しません 保護者名 (印)					
保護者以外で 送迎する方	名前	関係	TEL	連絡順	
	名前	関係	TEL	連絡順	