

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 平成29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TEL		
	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TEL		
	携帯番号		
	メールアドレス		
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	
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 ㊞			
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 ㊞			
保護者以外で 送迎する方	名前	TEL	関係
	名前	TEL	関係