

緊急連絡票

ふりがな	男・女
児童名	

愛称			年	月	日生
現住所	※マンション名・部屋番号も記入してください		TEL		
			FAX		
緊急連絡先	①名前	続柄	TEL		
	②名前	続柄	TEL		
	③名前	続柄	TEL		
健康保険	・国民健康保険 ・協会けんぽ ・健康保険組合 ・共済組合 ・生保				
	保険者番号		記号		
	被保険者名		番号		
かかりつけ医	内科・小児科	TEL	眼科	TEL	
	外科・整形外科	TEL	耳鼻咽喉科	TEL	
	歯科	TEL		TEL	

◎保護者の状況

	名前	年齢	健康状態	名前	年齢	健康状態
	父	歳()		母	歳()	
携帯番号	—	—		—	—	
勤務状況等	名称			名称		
	所在地 TEL ・自宅 ・常勤 ・アルバイト ・パート ・内職			所在地 TEL ・自宅 ・常勤 ・アルバイト ・パート ・内職		
勤務時間	平日 (:) ~ (:)			平日 (:) ~ (:)		
	土曜 (:) ~ (:)			土曜 (:) ~ (:)		
休日	日曜日・土曜日(第 週・毎週)・ 曜日			日曜日・土曜日(第 週・毎週)・ 曜日		
通勤時間	自宅～保育所(分) 保育所～勤務先(分)			自宅～保育所(分) 保育所～勤務先(分)		
通勤手段	・徒歩 ・自転車 ・バス ・電車 ・車			・徒歩 ・自転車 ・バス ・電車 ・車		

◎児童の送迎者及び送迎時間

送ってくる人	①名前	続柄	(歳)	②名前	続柄	(歳)
	③名前	続柄	(歳)	④名前	続柄	(歳)
迎えに来る人	①名前	続柄	(歳)	②名前	続柄	(歳)
	③名前	続柄	(歳)	④名前	続柄	(歳)
平日	送ってくる時刻	時	分	迎えにくる時刻	時	分
土曜日	送ってくる時刻	時	分	迎えにくる時刻	時	分

◎保護者以外の同居人

名前	続柄	年齢	職業または学校名	健康状態

◎健康の記録

○疾病

病名	麻疹 (はしか)	水痘 (水ぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	風しん	その他の疾病 (アレルギー等)
発病年月日	年 月	年 月	年 月	年 月	

○予防接種

	Hib(ヒブ)	小児肺炎球菌	B型肝炎	4種混合 (ジフテリア・ 百日せき・ 破傷風・ポリオ)	BCG	水痘 (水ぼうそう)	おたふくかぜ	その他
実施年月	1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	1期 1回目 年 月	年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	年 月
	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	MR (麻疹・風しん)	日本脳炎	ロタウイルス (1価・5価)	年 月
	3回目 年 月	3回目 年 月	3回目 年 月	3回目 年 月	1期 1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	年 月
	追加 年 月	追加 年 月		追加 年 月	2期 年 月	2回目 年 月 追加 年 月	2回目 年 月 3回目 年 月	年 月

◎自宅から保育所までの地図を書いてください。

住所	TEL	保護者名

N
4