|  |
| --- |
|  |

**緊　急　連　絡　票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  児　童　名 | |  | | | | 血液型 |  | |
| 身長 | ｃｍ | | | 体重 | ｋｇ | 平熱 | ℃ | |
| 熱性けいれんの有無 | | | 無・有（発症の年齢及び回数：　　　歳　　　ヶ月　　　　回） | | | | | |
| アレルギーの有無 | | | 無・有（アレルギー項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　） | | | | | |
| 今までにかかった  大きな病気、ケガ | | | 常に飲んでいる薬：（　　　　　　　　）医療機関：（　　　　　　　　　　　 　） | | | | | |
| その他の必要事項等 | | |  | | | | | |
| **第一緊急連絡先** | | | 電話　　　　　　　　　 　 　（勤務先・携帯・自宅)いずれかに〇  名  メールアドレス等 | | | | | 児童との続柄 |
| **第二緊急連絡先** | | | 電話　　　　　　　　　 　 　（勤務先・携帯・自宅)いずれかに〇  名  メールアドレス等 | | | | | 児童との続柄 |