

中村保育園 緊急カード

年度						
クラス						

ふりがな		生年月日	男女別	平熱	血液型
園児名		年 月 日生	男・女	℃	型
現住所	〒		電話		

【保護者連絡先】

順位	保護者名(続柄)	勤務先名・電話番号	携帯電話番号	
①	()	TEL		
		<変更①>	TEL	<変更①>
		<変更②>	TEL	<変更②>
		<変更③>	TEL	<変更③>
②	()	TEL		
		<変更①>	TEL	<変更①>
		<変更②>	TEL	<変更②>
		<変更③>	TEL	<変更③>
③	()	TEL		
		<変更①>	TEL	<変更①>
		<変更②>	TEL	<変更②>
		<変更③>	TEL	<変更③>

保険証コピー	乳児医療証コピー

<特記事項>

* 病気・けが等で緊急に病院へ行く場合、特にお知らせしたいことがあればご記入下さい。

今までにかかったおおきな 病気・けが	
現在治療中の病気・常用 している薬等	

<アレルギー体質>

アレルギー体質の有無	有 ・ 無		
アレルギー体質がある場合 の内容		原因となる食物・薬物等	症状
	食物		
	薬物		
	その他		

<かかりつけ医>

診療科目	病院名	電話番号
外科		
内科・小児科		
耳鼻科		
歯科		
眼科		
その他()		