

# 令和4年度

緊急連絡票		ふりがな		男・女
		児童名		
呼び名			年 月 日生	
現住所	※マンション名・部屋番号も記入して下さい		TEL	
			FAX	
熱・怪我等 緊急連絡先 *連絡のつく 順番にご記入 下さい	①名称	TEL	父・母 職場・携帯	
	②名称	TEL	父・母 職場・携帯	
	③名称	TEL	父・母 職場・携帯	
	④名称	TEL	父・母 職場・携帯	
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		眼科	
	外科・整形外科		耳鼻咽喉科	
	歯科			

## ◎保護者の状況

保護者氏名	名前(ふりがな)	健康状態	名前(ふりがな)	健康状態
	父	( )	母	( )
電話	— —		— —	
勤務状況等	名称		名称	
	所在地		所在地	
	TEL		TEL	
	・自宅 ・常勤 ・アルバイト ・パート ・内職		・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	日曜祝日・土曜日(第 週・毎週)・ 曜日		日曜祝日・土曜日(第 週・毎週)・ 曜日	
通勤時間	自宅~こども園 ( 分) こども園~勤務先 ( 分)		自宅~こども園 ( 分) こども園~勤務先 ( 分)	
通勤手段				

## ◎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)
迎えに来る人	①名前 続柄 ( 歳)	②名前 続柄 ( 歳)	③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

体重	k g	アレルギー	既往症
----	-----	-------	-----

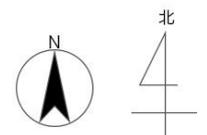
◎疾病

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

	BCG	4種混合	小児用肺炎球菌	ヒブ (Hib)	日本脳炎	水痘 (水ぼうそう)
実施年月	年 月					
	おたふくかぜ				1回目 年 月	1回目 年 月
	1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月
	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月		
	麻疹・風疹(MR)	3回目 年 月	3回目 年 月	3回目 年 月	<b>B型肝炎</b>	ヒトパピローマウイルス
	1期 年 月	追加 年 月	追加 年 月	追加 年 月	1回目 年 月	1回目 年 月
2期 年 月				2回目 年 月	2回目 年 月	
					3回目 年 月	3回目 年 月

◎自宅からこども園までの地図を書いてください。



北

※お預かりした個人情報 は緊急連絡時以外に使用しません。