緊急連絡先

**緊急連絡先について**

・病院受診を必要とするような場合は、保護者の方に来ていただき対応するのが原則です。

・連絡が取れない場合や緊急を要する場合は、学校の判断で受診する（学校医・学校歯科医）こともありますのでご了承ください。

・昼間連絡の取れるところ、勤務先名・固定電話番号・携帯電話番号も記入していただけると助かります。

・変更は­­＝で消し、新しいものをご記入ください。学校HPからダウンロードし貼り付けていただくことも可能です。

**※**そのほか学校で特別な配慮を必要とされる場合は直接お知らせください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 氏　　名 |  | |
| 保護者名 |  | | 自宅電話 |  |
| 住　　所 |  | | | |
| 緊急連絡先  自宅が不在の場合  の連絡先を、①から  優先順位でご記入  ください。 | 氏　名 | 続　柄 | 連絡場所 | 電　話　番　号 |
| ① |  |  |  |
| ② |  |  |  |
| ③ |  |  |  |

予防接種歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **麻しん・風しん混合（MR）** | **１期　　　年　　　月　　　日** | **２期 　　年　　　月　　　日** |
| **BCG** | **年　　　月　　　日** |  |

予防接種を受けた日を記入してください。※母子手帳で確認してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **三種混合（または四種混合）**【 **１期初回**（ **１回** ・ **２回** ・ **３回** ）・ **１期追加** 】 | | |
| **水痘（水ぼうそう）【 １回** ・**２回 】** | **流行性耳下腺炎** | **二種混合（２期）** |