

秘

保健調査・ 緊急連絡カード

年 組 番

ふりがな		生年月日
氏 名		H 年 月 日
住 所	基山町	
自宅電話番号	Tel	ふだんの体温
保護者氏名		昼間自宅におとながいますか。 いない・いる ()

※病気やけがの際に、連絡がつきやすい順に記入してください。

緊急 連絡 先	①	続柄	氏名	携帯	—	—
			(勤務先)	TEL	—	—
	②	続柄	氏名	携帯	—	—
			(勤務先)	TEL	—	—
	③	続柄	氏名	携帯	—	—
			(勤務先)	TEL	—	—
主治医	内科		外科	整形外科	歯科	
保険証	種類	社 ・ 国 ・ その他 ()				

《保健調査》 記入してください。

・麻疹(はしか)について該当するものに○をつけてください。 (1. かかったことがある 2. 予防接種を受けた 3. 1,2のどちらでもない)
・食物アレルギー(有・無)(食物名)アナフィラキシー(有・無)
・ゴムアレルギー(有・無)・薬のアレルギー(有・無)(薬品名)
・喘息(有・無)・てんかん(有・無)・熱性けいれん(有・無)
・今までに頭を打って病院に行ったことがありますか。(有・無)
・心臓定期検診を受けている人は:病名()病院名()
・腎臓定期検診を受けている人は:病名()病院名()
・治療中の病気や配慮を要すること、心配なことがあれば記入してください。 _____ _____ _____

※内容が変わったら連絡をしてください。新しいカードをわたします。