

| 緊急連絡カード(表) | | | | | | (保 健 用) | | | | |
|---|-------|----------|------------|--|--|-----------|----------|------------|----|----|
| 年 | 組 | 番 | ふりがな 氏名 | | 男 女 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日生 | |
| 現住所 | | 所沢市 | | | | | TEL | | | |
| 緊急連絡(勤務先または連絡先) ↓優先順に記入してください↓ | | | | | 緊急時に学校から運んでほしい病院 | | | | | |
| 氏名 | | 勤務先名・連絡先 | | | 内科 | 病院名 | TEL | | | |
| 優先度1 | 続柄 | | 勤務先名 | | 外科 | | | | | |
| ふりがな | | | TEL | | 整形外科 | | | | | |
| 名前 | | | (携帯) | | 眼科 | | | | | |
| 優先度2 | 続柄 | | 勤務先名 | | 歯科 | | | | | |
| ふりがな | | | TEL | | 耳鼻科 | | | | | |
| 名前 | | | (携帯) | | 【 ア レ ル ギ ー に つ い て 】 | | | | | |
| 優先度3 | 続柄 | | 勤務先名 | | ○薬アレルギーの有無 | | 有 ・ 無 | | | |
| ふりがな | | | TEL | | 薬品名 | | | | | |
| 名前 | | | (携帯) | | ○「エピペン」をもっていますか | | はい ・ いいえ | | | |
| 健康保険証の名称 | | | | | ※「エピペン」はアナフィラキシー反応に対する自己射薬のこと | | | | | |
| | | | | | 【 破 傷 風 予 防 接 種 の 記 録 】 | | | | | |
| 記号 | | | 番号 | | ○三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)または 四種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ) | | | | | |
| 加入者 | 氏名 | | | | 1期(3回) | 受けた | ・ | 受けて いない | ・ | 不明 |
| | 住所 | | | | 1期追加(1回) | 受けた | ・ | 受けて いない | ・ | 不明 |
| 発行 機関 | 保険者番号 | | | | ○二種混合(ジフテリア・破傷風) | | | | | |
| | 名称 | | | | 2期(1回) (11~12歳) | 受けた | ・ | 受けて いない | ・ | 不明 |
| 医療費受給者証番号(子ども・ひとり親)7ケタ | | | | | | | | | | |
| ◎健康に関して学校に知らせておきたいことや治療の際に注意する点等あれば、記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 在学中の兄弟姉妹 | | | | | | | | | | |
| 年 | 組 | 氏名 | | | | | | | | |
| 年 | 組 | 氏名 | | | | | | | | |
| 連絡を頼める近所の児童・生徒 | | | | | | | | | | |
| 年 | 組 | 氏名 | | | | | | | | |
| 年 | 組 | 氏名 | | | | | | | | |

| 児童名 | | 児童個人調査カード 緊急時引き渡しカード(裏) | | | | | |
|--|-----------|-------------------------|-----|-------------------------|---------|--------------------|--|
| 児童 について | 性格について | | | | | | |
| | 食べ物について | | | | | | |
| | 習い事について | | | | | | |
| | 仲のよい友だち | | | | | | |
| | 家庭の教育方針 | | | | | | |
| | 学校・担任への希望 | | | | | | |
| 家族 構成 (本人を 除く) | 氏名 | 本人との 続柄 | 年 齢 | 在 学 校 名 (学 年 組) ・ 勤 務 先 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 自宅から学校までの略図(目標となる建物などを入れてください) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 通 学 班 | 地区 | | | 班 長 | | | |
| | | | 班 | 年 組 | 氏名 | | |
| 緊 急 時 引 き 渡 し | 優先順 | 関係 | 氏名 | 連絡先 | 住所・勤務先等 | 緊急時記入欄 引き取り者サイン | |
| | ① | | | | | / | |
| | ② | | | | | / | |
| | ③ | | | | | / | |
| | ④ | | | | | / | |
| * さくら児童館、中央学童クラブ、G地区子供会には引き渡しできません。代理人は、児童の顔見知りで、了解を得ている人を記入して下さい。 | | | | | | | |

※この個人調査票様式は、学校ホームページからもダウンロードできます。

中央小学校ホームページ

https://chuo-e.edumap.jp/page_20230724062121

※6年生は卒業後に廃棄させていただきます。

