

緊急カード		宇治田原町立田原小学校			
学年	組	ふりがな氏名			男女
生年月日	平成 年 月 日生				
保護者氏名			地域名		
現住所	宇治田原町				
電話番号	() -				
緊急連絡先 必ず連絡のとれる 連絡先・電話番号 ※できれば職場の 連絡先と電話番号も		優先順	続柄	氏名	電話番号
		1			☎
		2			☎
		3			☎
保	種類	健康保険 国民保険 労災 組保 その他()			
	記号			番号	
險	被保者	氏名			
		住所			
	資格取得年月日	年 月 日			
証	発行機関	所在地			
		保険者番号			
	名称支部名				
		所属所名所在地			
		京都市育て支援医療費受給者証(さくら色)	福祉医療費受給者証(ひとり親・障害者等)		
負担者番号					
公費負担医療受給者番号					

緊急搬送時の参考事項	
医師に禁止されている薬品	無・有 ()
入院や手術	無・有 ()
注射や薬による副作用	無・有 (発疹 嘔吐 腹痛 発熱 その他:)
アレルギー疾患	無・有 (喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他:)
その他 学校へ知らせておきたいこと	
かかりつけの病院	内科 () 外科・整形外科 ()
	歯科 () 眼科 ()
	その他 ()
同意書	
令和5年度中に、宇治田原町立田原小学校から下記児童が医療機関に受診した際に、医師から疾病の状況・治療内容について、引率の田原小学校教職員が説明を受けることに同意します。	
令和5年 月 日	
保護者氏名 _____	印
児童氏名 _____	

※緊急時学校記入欄

搬送先病院	TEL
児童の状況等	