医療機関受診用

|  |
| --- |
| 緊急カード　　　　　　宇治田原町立宇治田原小学校 |
| 学年 |  | 組 |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | 平成　　　　年　　　　　月　　　　　日生 |
|  |  | 地域名 | 岩山東・岩山西・禅定寺 |
|  |
| 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・職場名等 | 電話番号 |
| １ |  |  | ☎ |
| ２ |  |  | ☎ |
| ３ |  |  | ☎ |
| 保険証 | 種類 | 健康保険 ・ 国民保険 ・・ 組保 ・ その他(　　　　　　) |
| 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 資格取得年月日 | 昭和・平成・令和　　　　 年　　　　月　　　　日 |
| 発行機関 | 所在地 |  |
| 保険者番号 |  |
| 名称支部名 |  |
| 所属所名所在地 |  |
|  | 京都子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 | （　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　　） |
| 入院や手術 | （　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　） |
| 注射や薬による副作用 | （ 発疹 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 発熱その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　］） |
| アレルギー疾患 | （ 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、宇治田原町立宇治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、引率の宇治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　　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 |  |
| 電話番号 |  |
| 児童の状況等 |  |

**この文書については、学校ＨＰ（ＱＲコード参照） → メニュー → ▶各種様式 からダウンロードし、**

**パソコン等で必要事項を入力、プリントアウトしたものに押印して、提出いただいても結構です。**

**（A4サイズ横）**

