

緊急連絡カード

※3月に記入する場合は、4月から進級する次の学年を書いてください。（4月～2月に記入する場合は、今の学年を書いてください。）

精華町立山田荘小学校

学年

ふりがな		性別	生 年 月 日	
児童氏名		男・女	平成・令和	年 月 日
住 所		自 宅 電 話 番 号		
精華町				
	ふりがな氏名	続柄	緊急連絡先	電 話 番 号
緊急連絡先 (体調不良による早退・ケガ等の際に上段から順に連絡します。勤務中、携帯電話につながりにくい方は勤務先の記入にご協力をお願いします。)	①		携帯	
			職場(部署名)	
	②		携帯	
			職場(部署名)	
	③		携帯	
			職場(部署名)	
かかりつけの医療機関(あれば)	平熱	内科		
	外科・整形外科	歯科		
	眼科	耳鼻科		
<p><学校でのケガ等による受診について> 個人情報の観点やマイナンバー保険証への移行により受診の際はできるだけ保護者の方が直接、医師より説明を受けていただくようご協力をお願いします。(医療機関からマイナンバー保険証原本の受付を求められる場合が多くなります。) 緊急を要するケガ・疾病等で、保護者の方のご都合がつかれない場合に限り、先に学校職員と受診する際に下記の麻酔・薬・アレルギー等の情報や同意書が必要となります。(宿泊学習中の受診においても必要となります。)</p>				
麻酔・薬・アレルギーなど、病院受診時に医療機関に伝えることがありますか?  ない・ある ()				
同意書				
山田荘小学校在籍中、学校から医療機関を受診した際に、傷病の状況・治療内容などについて引率の山田荘小学校職員が医師から説明を受けることに同意します。こちらの欄は、直筆で記入してください。				
年	月	日	保護者氏名	印