

緊急連絡方法及び保険証写し調査 (秘)

1年	2年	3年	4年	5年	6年	氏名		男・女	H	年	月	日生
組	組	組	組	組	組	住所						
播	番	番	番	番	番	地区名		電話				

家族の状況	氏名	続柄	生年月日	勤務先又は在学先	勤務先電話
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		

常に留守の場合の連絡先	連絡者氏名（だれに）	本人との関係	連絡方法（電話番号）

かかりつけの医師・病院	内 科		自宅付近略図 (めだつ建物・道路等を必ず記入して下さい) 	
	外 科			
	歯 科			
	眼 科			
	整形外科			
	そ の 他			
近隣児童	学 年	氏 名		
アレルギー その他注意 すること				
血 液 型		型 RH (+・-)		

・この調査は、学校内の事故や急病に適切な処置を行うために大切な書類ですので、正確にご記入ください。

・学年はじめに変更がないかどうかの調査をします。変更のある時は訂正して下さい。また、変更があった場合には、すぐに連絡して下さい。

緊急の連絡、不調の受診に必要ですので、保険証（表面と裏面の被扶養者氏名の記入されているもの）をコピーしてはってください。

の	り	し	ろ