

緊急連絡先

名前

連絡する 順番	連絡先名（会社名）	園児との 続柄	電話番号
1			
2			
3			
4			
5			

かかりつけ病院・医院

	病院・医院名	電話番号
小児科		
内科		
外科		
整形外科		
眼科		
歯科		
皮膚科		

既往病歴

※怪我や急な病気の時に園の方でお子様を連れて行く際に必要となります。

1、今までにかかったことのある病気はありますか？
2、今までに手術を受けたことがありますか？
3、今までに薬を飲んだり注射をして副作用（具合が悪くなったこと）はありますか？
4、特異体質（アレルギー）と言われたことがありますか？食べ物以外のアレルギー（薬アレルギーがある場合や疑いのある場合等）記入してください。

※緊急時に必ず連絡のつくよう連絡先の記入をお願いします。もし、緊急時に連絡のつかない場合、対応は施設に一任とさせていただきます。

保護者氏名

印

名前

保険証（表面のみ）のコピーを枠内に貼り付けてください。

こども医療費受給者証（表面のみ）の
コピーを枠内に貼り付けてください。