【福岡市教育委員会ホームページにもこの様式を掲載しています】

秘

緊 急 連 絡 カ ー ド

学校

電話

 年 組 番

氏名 （ 男 ・ 女 ）

生年月日

年 月 日

保護者氏名 電話

住所

緊急時連絡先（勤務先など必ず連絡がとれるところ。支障がなければ携帯等の番号をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏 名 | 本人との関係 | 携 帯 電 話 番 号  | 電 話 | 電話の場所(勤務先等) |
| ① |  |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |  |

かかりつけの病院があれば記入してください。 学校に一任の場合は〇を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科等 | 病 院 名 | 電 話 | 学校に一任の場合は〇を記入して下さい |
| 内科・小児科 |  |  |  |
| 外科 |  |  |  |
| 眼科 |  |  |  |
| 歯科 |  |  |  |
| 耳鼻科 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |

〇けが等で病院受診の際に必要ですので，下記の項目に〇又は必要事項をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ・血液型 | Ａ Ｂ ＡＢ Ｏ 不明 | Ｒｈ | ＋ | － | 不明 |
| ・薬物・食物等によるじんま疹等のアレルギーはありますか | ・ある（原因　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・なし |
| ・ぜんそくはありますか | ・ある（原因　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・なし |
| ・ぜんそく等アレルギーで薬を飲んでいますか（ぜんそく・食物アレルギー等） |
| ・飲んでいる | ・飲んでいない |  |
| ・薬を処方されていますか |
| ・ぜんそく（薬名 ） ・食物アレルギー（薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （エピペン処方 | ある なし | ） |
| ・上記以外で常時飲んでいる薬がありますか | ・ある（薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・なし |
| ・ひきつけ，けいれんを起こしたことがありますか | ・ある（　　　　　　歳頃） |
| ・なし |
| ・そのとき熱がでましたか | ・でた（ |  | 度） | ・でていない |  |
| ・身体測定 | 月 日 | 身長 | cm | 体重 | kg |

※お子様の健康面で，特に学校へ連絡が必要なことがありましたら， 裏面の**「緊急時の対応について」**にご記入ください。

緊急時の対応について 裏面

※心臓病や腎臓病などの疾患で定期的に病院を受診していたり，ぜんそくやアレルギー等で心配がある場合，または学校に配慮してほしいことがあるときは，必ず記入してください。

|  |
| --- |
| 学校名：　 |
| 　　年　　　　　組　　　　　番　　氏名 |
| 記載日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 記載者 |  |
| 本人との関係 |  |
| 主 な 病 名 |  |
| 主 な 症 状 |  |
| 薬を飲んでいる場合：薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学 校 生 活 で配 慮 す べ き内 容 や 連 絡事 項 等 |  |
|  | 携　帯　薬 |  |
| 学校へ携帯する薬がある場合 | 投 与 方 法 |  |
| 保 管 方 法 |  |
| （主治医からの指示書又は診断書の提出をお願いいたします） | 安全性の情報 |  |
| 副　作　用 |  |
| 併用禁忌等  |  |
| 緊急時 | 予測される緊急を要する状態 |  |
| 対処の仕方 |  |
| 移送する病院 | 病院名 |  | 電話 |  |
| 主治医 |  |
| 診察券番号 |  |
| かかりつけの病院 | 病院名 |  | 電話 |  |
| 主治医 |  |
| 診察券番号 |  |