

【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】



# 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○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○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			

○けが等で病院受診の際に必要なですので、下記の項目に○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 事 項 や 連 絡 内 容 等				
学 校 へ 携 帯 す る 薬 が あ る 場 合 (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)	携 帯 薬			
	投 与 方 法			
	保 管 方 法			
	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			