

健康連絡票

作成日 年 月 日

子どもの名前 ふりがな 氏名 _____ 生年月日 年 月 日生 歳	住 所 電話 ()
緊急時連絡先 (TEL)	緊急時の手順
父	※必要とした場合は、救急車を手配する。 1. 保護者に必ず連絡して、状況を説明し相談する。(原則として保護者は迎えに来る。) 2. 必要に応じて病院に連れて行く。 3. ファミリー・サポート・センターに連絡。センターより保険証コピーを病院に FAX する。(午前9時00分から午後5時迄の間に限る。時間外については保護者の方に持参してもらう。) 4. 保護者とは途中、連絡を取り合う。 5. 治療費は原則として保護者が支払う。(保護者と話し合う) *保護者に保険証を持参してもらう。 *補償保険対象事故等については、後日、報告書を作成し、センターに提出する。(保険が適用されるような場合は速やかにセンターに連絡。わからない場合も同様)
母	
健康記録(該当するものに○をし、必要事項を記入) アレルギー 有・無 食品 () 薬品 () その他 () 予防接種(接種済みのものに○) ・四種混合 一期 (回)、追加 ・二種混合 二期 ・日本脳炎 (回)、追加 ・麻しん風しん混合 一期、二期 ・おたふく・水ぼうそう・BCG・ヒブ ・小児用肺炎球菌・ロタ・B型肝炎 現在飲んでいる薬 有・無 () 病歴 () () その他留意点	
かかりつけ医	緊急時以外の育児相談 保健センター (午前8時30分～午後5時) 048-465-8611
小児科 TEL	病院の紹介等 朝霞消防署(24時間体制) 048-463-0119
外 科 TEL	救急車(消防署) 119
その他 TEL	警察 110

※伝染病の時は、お預かりできません。

朝霞市ファミリー・サポート・センター
午前9:00～午後5:00

TEL 048-483-4501