

緊急カード

令和 年度

組

朝霞市

保育園

ふりがな 児童氏名		生年月日	年 月 日
住所	朝霞市		
父親緊急連絡先	氏名.....	職場名称	
	携帯.....	電話番号	
母親緊急連絡先	氏名.....	職場名称	
	携帯.....	電話番号	
かかりつけの病院	病院名	電話番号	市内・市外
小児科			市内・市外.....
整形外科			市内・市外.....
耳鼻科			市内・市外.....
歯科			市内・市外.....
眼科			市内・市外.....
			市内・市外.....
<p>※常用している薬（内服薬・塗り薬・吸入薬など）があれば具体的にお書きください</p> <p>（ ）</p> <p>※これまでにかかった病気（既往症）</p> <p>・熱性けいれん <input type="checkbox"/>有 回数.....回 詳細.....</p> <p>・アレルギー <input type="checkbox"/>有 詳細.....</p> <p>・薬に対するアレルギー <input type="checkbox"/>有 詳細.....</p> <p>・肘内障 <input type="checkbox"/>有 いつ..... 詳細.....</p> <p>・その他</p>			

*裏面に「保険証」と「子ども医療費受給資格証」のコピーを貼ってください。

*保険証コピーをお預かりしておりますが、受診の際は原本の提示が必要になります。

保護者の方に医療窓口まで持参していただくことになりますので、あらかじめご了承ください。