　　緊急連絡カード【変更連絡票】　金沢市立戸板小学校



〇このカードは、けがや病気で家庭に連絡する時に使います。

★**組・番・押印（サイン）・児童氏名**を記入し、**変更・修正箇所のみ記入**して提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | １年 | | ２年 | ３年 | ４年 | | ５年 | | | ６年 | ふ り が な | |
| 組番 | 組　　番 | | 組　　番 | 組　　番 | 組　　番 | | 組　　番 | | | 組　　番 | **児童氏名**  平成　　　年　　　月　　　日生 ( 男・女 ) | |
| 確認印 |  | |  |  |  | |  | | |  |
| 住所  自宅電話( 　 　 ) 　 ― | | | | | | | | | | | ふ　り　が　な | |
| 保護者氏名  （続柄 　　　） | |
| 保険証　　国民健康保険　　社会保険　　他（　　　　 　　　　　　）  保険者番号  記号　　　 　 　　番号  被保険者名　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　） | | | | | | | | | | | アレルギー（有の方は、状況や薬の有無、学年をお書きください）  なし　・　あり | |
| けが・病気等・受診時知らせておきたいこと  既往症・持病・常用している薬など（記入・訂正時の学年も記入してください）  (　　年)  (　　年) | | | | | | | | | | | | |
| 移送先の医療機関  学校から近い医療機関にしてください。ない場合空欄。 | | | | | | 緊急時連絡先　けがや病気で家庭に連絡する時に使用します。確実に連絡が取れるところで、上から「連絡して欲しい順」に書いてください。 | | | | | | |
| 外科  ℡ | | | | | | 順 | | | 連絡先 | | | 電話番号 |
|  | | | 連絡先（自宅・職場：　　　　　　　　　） | | |  |
| 眼科    ℡ | | | | | |
|  | | | 連絡先（自宅・職場：　　　　　　　　　） | | |  |
| 歯科    ℡ | | | | | |
|  | | | 連絡先（自宅・職場：　　　　　　　） | | |  |
| 整形外科  ℡ | | | | | |
|  | | | 連絡先（自宅・職場：　　　　　） | | |  |
| 耳鼻科  ℡ | | | | | |
|  | | | 連絡先（自宅・職場：　　　　　） | | |  |
| 内科  小児科  ℡ | | | | | |
|  | | | 連絡先（自宅・職場：　　　　　　　　　） | | |  |
| 登下校に  　ついて | | 集団登校班 | | | | | | 帰宅場所が自宅と同じ場合は「左に同じ」を〇で囲んでください。  違う場合（祖父母宅など）は、その町会名（不明な場合は住所）  をご記入ください。 | | | | |
|  | | | | | | 町会名または住所  左に同じ | | | | |

児童引き渡しカード【変更連絡票】　金沢市立戸板小学校



〇このカードは、けがや病気で家庭に連絡する時に使います。

★**組・番・押印（サイン）・児童氏名**を記入し、**変更・修正箇所のみ記入**して提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | １年 | | | ２年 | | ３年 | ４年 | | ５年 | ６年 | | ふ り が な | | | |
| 組番 | 組　　番 | | | 組　　番 | | 組　　番 | 組　　番 | | 組　　番 | 組　　番 | | 児童氏名 | | | |
| 確認印 |  | | |  | |  |  | |  |  | |
| 住所  自宅電話( 　 　 ) 　 ― | | | | | | | | | | | | ふ　り　が　な | | | |
| 保護者氏名 | | | |
| 兄弟  姉妹 | | | 氏名  　　　　　　　　　　　　　（　　年　　組） | | | | | | | | 氏名  （　　年　　組） | | | | |
| 引き取り人  ■**引き取り人に記載されている方でないと、引き渡しができません。**できるだけたくさんの記載をお願いします。  ■引き取りの可能性の高い順にご記入ください。  ■児童の安全確実な引き渡しが行えるように、ご記入の際は引き取り人の方との確認を必ず行ってください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **番号** | | **氏　　　名** | | | | | | | | | **続　柄** | | | **電話番号** | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | |  | |
| 引き渡し記録　＝　以下記入不要 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 引き渡し日時 | | | | | 引き渡し場所 | | | 引き渡し人 | | | | | 引き取り人番号 | | 避難場所 |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |
| 年　　月　　日  時　　　分 | | | | | 在籍教室　・ | | | 担任　・ | | | | |  | | 自宅　・ |