

緊急連絡先票

ふりがな			生年月日（西暦）
児童 氏名			年 月 日
	男	女	血液型
住所			
保護者 氏名			勤務先  勤務先連絡番号
優先順位	氏名	続柄	確実に連絡が取れる番号
連絡先 1			
連絡先 2			
連絡先 3			
健康 状態	平熱  度	食物アレルギー (種類) (症状)	有り なし
	薬物アレルギー (種類) (症状)	有り なし	けいれん経験 (時期) (服用)
保険証 番号	記号 番号		

整理番号	記号