

安全カード

年	1	2	3	4	5	6
組						
児童名				平成・令和 年 月 日生		
				血液型 型 Rh ()		
保護者名	続柄 ()					
住所				TEL		
保険証の写しまたはマイナ保険証の資格情報の写し						
ここに写しを貼ってください。						

緊急時の連絡先					
父親の連絡先		TEL			
母親の連絡先		TEL			
その他の連絡先 ()		TEL			
その他の連絡先 ()		TEL			
健康状態 (該当する項目に詳細を記入)			かかりつけの病院名		
アレルギー体質	薬		内 科 (小児科)		
	食物				
	環境				
	その他		その他		
(女子のみ) 月経 有 ・ 無					

※記入上の注意

①楷書で記入もれのないよう記入してください。

②電話番号は、緊急時に必要ですので自宅と共に勤務先等の電話番号も記入してください。

③保険証に変更があった場合は、ただちに届け出をしてください。

④病院については、かかりつけの病院に必ず受診できるとは限りませんのでご了承ください。