安全カード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | １ | | | ２ | | ３ | ４ | | | ５ | ６ |
| 組 |  | | |  | |  |  | | |  |  |
| 児童名 | | |  | | | | 平成　 　　年　 　　月　 　　日生 | | | | |
| 血液型　　　　型　Rｈ（　　　） | | | | |
| 保護者名 | | | 続柄（　　　　　　） | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | ＴＥＬ | | | | |
| 健康保険　　国民健康保険　　労災　　組保　　その他（　　　　　）　　証写 | | | | | | | | | | | |
| 記号 | |  | | | | | | 番号 |  | | |
| 被保険者 | | 氏　名 | | |  | | | | | | |
| 住　所 | | |  | | | | | | |
| 資格取得年月日 | | |  | | | | | | |
| 発行機関 | | 所在地 | | |  | | | | | | |
| 保険者番号 | | |  | | | | | | |
| 名称･支部名 | | |  | | | | | | |
| 所属所名 | | | | |  | | | | | | |
| 住所地 | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急時の連絡先 | | | | |
| 父親の連絡先 | ＴＥＬ | | | |
| 母親の連絡先 | ＴＥＬ | | | |
| 近所への連絡先 | ＴＥＬ | | | |
| 親戚か知人 | ＴＥＬ | | | |
| 健康状態（該当する者に○印） | | | 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 |  |
| 乗り物酔いしやすい | |  | 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保険証の番号や書類等、記入事項に変更があった場合は、ただちに届けてください。  　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。 |