

◆緊急連絡先シート◆

緊急連絡先は、大切なお子さまをおあずかりさせていただく上で、災害時のご連絡や、体調不良、ケガをした際のご連絡など、常にご連絡が密に行えるよう、必ずいくつかの連絡先のご記入をお願いしています。全ての項目を下記記入方法を参考にし、ご記入ください。ご記入いただきました内容に変更が生じた場合は、速やかにお知らせください。尚、シートが**上下2枚**ございますので、大変お手数お掛けいたしますが、**全てのご記入**をお願いいたします。

～ 記入方法 ～

<スクール保管用>

| | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------------|--|--------------|-----|----|
| 園児名 | ふりがな ○○○○ ○○○○ | 生年月日 | | | | |
| | ○ ○ ○ ○ | 平成 ○○年 ○月 ○日 | | | | |
| | (ローマ字 NAS KIDS UNIVERSITY) | 性別 | (男)・女 | 血液型 | ○ 型 | |
| 住所 | 〒○○○-○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ | | 自宅電話番号 | 03-0000-0000 | | |
| 今までにかかった病気 | なし | 治療中の持病名 | なし | | 常用薬 | なし |
| 食物アレルギー・薬物アレルギー | | 小麦粉 | | | | |
| 怪我や歯の治療で麻酔をかけて具合が悪くなったことは？ | | ある ・ (なし) | | | | |
| かかりつけの医療機関 | 機関名： ○○○○病院 | | 連絡先： 03-0000-0000 | | | |
| | 医師名： ○○ ○○ | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | |
| 1 | 連絡先 | ふりがな | 続柄 | 電話番号 | | |
| 2 | 連絡先 | ふりがな | <div style="border: 2px solid red; border-radius: 20px; padding: 10px;"> <p>※自宅電話番号以外をご記入ください。</p> <p>※緊急時の連絡先として上から順番にご記入ください。</p> <p>※連絡先には保護者名または勤務先名、その他ご親戚宅等をご記入ください。</p> </div> | | | |
| 3 | 連絡先 | ふりがな | | | | |
| | | | | 住所 | | |

◆緊急連絡先シート◆

<スクール保管用>

NAS KIDS UNIVERSITY MITAKA

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|------|----|--|---------|-----|-----|-----|--|
| 園児名 | ふりがな | | | | 生年月日 | | | | |
| | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | (ローマ字) | | | | 性別 | 男・女 | 血液型 | 型 | |
| 住所 | | | | | 自宅電話番号 | | | | |
| 今までにかかった病気 | | | | | 治療中の持病名 | | | 常用薬 | |
| 食物アレルギー・薬物アレルギー | | | | | | | | | |
| 怪我や歯の治療で麻酔をかけて具合が悪くなったことは？ | | | | | ある ・ なし | | | | |
| かかりつけの医療機関 | 機関名： | | | | 連絡先： | | | | |
| | 医師名： | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | | | | |
| 1 | 連絡先 | ふりがな | 続柄 | | 電話番号 | 住所 | | | |
| 2 | 連絡先 | ふりがな | 続柄 | | 電話番号 | 住所 | | | |
| 3 | 連絡先 | ふりがな | 続柄 | | 電話番号 | 住所 | | | |

◆緊急連絡先シート◆

<クラスバッグ保管用>

NAS KIDS UNIVERSITY MITAKA

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|------|----|--|---------|-----|-----|-----|--|
| 園児名 | ふりがな | | | | 生年月日 | | | | |
| | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | (ローマ字) | | | | 性別 | 男・女 | 血液型 | 型 | |
| 住所 | | | | | 自宅電話番号 | | | | |
| 今までにかかった病気 | | | | | 治療中の持病名 | | | 常用薬 | |
| 食物アレルギー・薬物アレルギー | | | | | | | | | |
| 怪我や歯の治療で麻酔をかけて具合が悪くなったことは？ | | | | | ある ・ なし | | | | |
| かかりつけの医療機関 | 機関名： | | | | 連絡先： | | | | |
| | 医師名： | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | | | | |
| 1 | 連絡先 | ふりがな | 続柄 | | 電話番号 | 住所 | | | |
| 2 | 連絡先 | ふりがな | 続柄 | | 電話番号 | 住所 | | | |
| 3 | 連絡先 | ふりがな | 続柄 | | 電話番号 | 住所 | | | |