

緊急時連絡カード

(様式4)

記入日 年 月 日

年 組 氏名 () 才

アレルギー原因食材()

持参内服薬(管理場所 :)
薬名()
薬名()

◆保護者 1
名前()続柄()
携帯TEL ()
自宅TEL ()
勤務先TEL ()

◆保護者 2
名前()続柄()
携帯TEL ()
自宅TEL ()
勤務先TEL ()

◆保護者 3
名前()続柄()
携帯TEL ()
自宅TEL ()
勤務先TEL ()

◆緊急指定病院
病院名 ()
病院TEL ()
主治医名 ()

保護者の連絡事項

- ・状態の報告
- ・処方薬・エピペン投与の了解
- ・保護者か関係者の来校か病院へ来られるか確認
- ・搬送先の病院名 () を伝える
- ・すぐ連絡できる保護者の電話番号 ()
- ・学校連絡先 (東久留米市立 小学校 042- -) を伝える