緊急連絡カード（令和７年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　組　　番 | （ふりがな）氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 血液型 | 型 | 性　別 | 男・女 |
| （ふりがな）保護者名 | （　　　　　　　　　） | 住　　所電話番号 | 宇都宮市（　　　　） |
| 本校在学の兄弟姉妹 | 年　　　組　　　　　（ 男・女 ）（ふりがな）　（　　　　　　　　　　　　　）氏　名 | 年　　　組　　　　　（ 男・女 ）（ふりがな）　（　　　　　　　　　　　　　）氏　名 |
|  | 氏　　名（ふりがな） | 続柄 | 勤務先（住所） | 電話番号 | 優先順位 |
| 緊　急　連　絡　先 | （　　　　　　　　） |  | (住所) | 自　宅：　　　（　　　） |  |
| 勤務先：　　　（　　　） |  |
| 携　帯：　　　（　　　） |  |
| （　　　　　　　　） |  | (住所) | 自　宅：　　　（　　　） |  |
| 勤務先：　　　（　　　） |  |
| 携　帯：　　　（　　　） |  |
| （　　　　　　　　） |  | (住所) | 自　宅：　　　（　　　） |  |
| 勤務先：　　　（　　　） |  |
| 携　帯：　　　（　　　） |  |
| **災害が発生した場合の児童の帰宅について**（いずれかに○をつけてください。）ア　保護者が迎えに行くまで学校で保護してほしい。イ　保護者か，祖父母，成人した兄姉が迎えに行くまで学校で保護してほしい。ウ　上記，ア・イ以外にも，次の人ならば，児童を引き渡してもらってよい。※　イ・ウを選んだ方は，保護者以外の方について下記の表に記入してください。 |
| 氏　　名（ふりがな） | 保護者との関係（具体的に） | 住　　所 | 電話番号 |
| （　　　　　　　　） |  |  |  |
| （　　　　　　　　） |  |  |  |
| （　　　　　　　　） |  |  |  |

|  |
| --- |
| **緊急時に受診を希望する医療機関**（いずれかに○をつけてください。）１　学校に一任します。２　下記の医療機関を希望します。　　　（緊急時には希望した医療機関に搬送できない場合がありますのでご理解ください。） |
| 科 | 医療機関名 | 住所 | 電話番号 |
| 内科 |  |  | （　　） |
| 外科 |  |  | （　　） |
| 整形外科 |  |  | （　　） |
| 歯科 |  |  | （　　） |
| 眼科 |  |  | （　　） |
| 耳鼻科 |  |  | （　　） |
| その他 |  |  | （　　） |
| 体　質 | 注射（予防接種）薬等の副作用の有無 | 有無 | 具体的にご記入ください。 |
| 食物アレルギーの有無 | 有無 | 具体的にご記入ください* 新たに給食で食物アレルギー対応が必要な方は担任までお申し出ください。
 |
| 現在治療中・経過観察中の病気 | 現在治療中・経過観察中の，ぜんそく，心臓・腎臓病等の病気がある場合はお書きください。 |
| これまでにかかった病気 | これまでに，ぜんそく，心臓・腎臓病等の病気にかかった場合はお書きください。 |
| その他 | 上記以外で学校に知らせておきたいことがあればご記入ください。 |

※勤務先や連絡先など記入事項が変更になった場合は，速やかに学級担任までご連絡ください。