

宇都宮市立中央小学校

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		()		
本校在学の 兄弟姉妹		年 組 ふりがな 氏 名		(男・女)		年 組 ふりがな 氏 名		(男・女)
		氏 名 (ふりがな)		続柄	勤務先 (電話)		電話番号	
(優先順に記入してください)	緊 急 連 絡 先	1			(電話)	自宅： ()		
						携帯： ()		
	2			(電話)	自宅： ()			
					携帯： ()			
	3			(電話)	自宅： ()			
					携帯： ()			
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。				
既往症		ぜんそく、心臓・腎臓病等の既往症がある場合はお書きください。						
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	
整形外科								
外 科								
歯 科								
そ の 他								
災害時の 引き渡し方法		※万が一、教育活動中に震度5強以上の地震が起きた場合、児童の引き取りは保護者を原則としますが、上記の緊急連絡先に記入してある方と連絡が取れない場合に、引き取りをお願いすることができる方(家族以外)のお名前を下記に2名必ずご記入ください。						
		氏名 続柄 電話番号			氏名 続柄 電話番号			

