

緊急連絡カード

組 名

児 童 名		ふりがな		男 ・ 女 年 月 日生		平 熱	
自 宅 住 所						TEL	
父	氏名 (ふりがな)		勤務先名			TEL	
						携帯	
母	氏名 (ふりがな)		勤務先名			TEL	
						携帯	
保護者に代わる 緊急連絡先		氏 名 住 所 児との関係				TEL	
保 険 証		記号	番号	保 険 者 番 号		名 称	
アレルギー について		薬		無 ・ 有 ()			
		食 品		無 ・ 有 ()			
		そ の 他 (蜂にさされた等)		無 ・ 有 ()			
かかりつけの 医 療 機 関		内科	医療機関名			TEL	
		外科	医療機関名			TEL	
		そ の 他 の 医療機関名				TEL	

※緊急の場合に、医療機関にコピーを提示する場合があります。

保育利用時間調査

保 護 者 の 勤 務 状 況 に つ い て				
父	所 在 地			
	勤 務 時 間	月 ～ 金	午前・後 時 分	～ 午前・後 時 分
		土 曜 日	午前・後 時 分	～ 午前・後 時 分
	通 勤 方 法	利 用 交 通 機 関	所要時間	
母	所 在 地			
	勤 務 時 間	月 ～ 金	午前・後 時 分	～ 午前・後 時 分
		土 曜 日	午前・後 時 分	～ 午前・後 時 分
	通 勤 方 法	利 用 交 通 機 関	所要時間	

主たる送迎 (選択してください)	父	母	祖父	祖母	その他()
登所・降所時間	月～金	時 分 ～ 時 分			
	土曜日	時 分 ～ 時 分			
保育希望時間 (○をつけて下さい)	月～金	午前7時から午前8時までの利用の有無			有 ・ 無
		午後5時から午後6時までの利用の有無			有 ・ 無
	土曜日	午前7時から午前8時までの利用の有無			有 ・ 無
		午後0時30分から午後6時までの利用の有無			有 ・ 無