

# 記入例

# 緊急時連絡票

赤で示したところに、黒ボールペンで記入してください

松江市立大庭小学校

令和 4 年度	令和 年度			
○ 年 ○ 組 ○ 番	年 組 番			
ふりがな 児童氏名 (生年月日)	○○ ○○ ○○○ ○ ○ ○ ○ (平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生)			
現住所	松江市 ○○町○○番地○			
ふりがな 保護者名	○○ ○○ ○○○○ ○ ○ ○ ○			
緊急時受診を希望する病院	外科 ○○○○	緊急時の連絡先	第1連絡先	○○○○ (続柄)
	内科 ○○○○		TEL	090-1234-5678
	眼科 ○○○○		第2連絡先	○○○○ (続柄)
	歯科 ○○○○		TEL	080-8765-4321
	耳鼻科 ○○○○		第3連絡先	○○○○ (続柄)
*緊急時受診を希望する病院が特にな い場合は、「一任」と記入してください。		家庭・職場に 連絡が取れ ない場合の 連絡先	TEL	0852-25-1234
<救急車の希望搬送先> いずれかに○をつけてください。 ・松江市立病院 ・松江赤十字病院 ・松江生協病院 ・その他 ( ) ・どこの病院でもよい		※ ( ) 内は続柄等を記入してください。		
<薬や食物のアレルギー等> 無・有 ⇒ 食物 ( ) 薬 ( ) その他 ( ) 主な既往症		「有」の場合、右の「食物、薬」の枠に該当する 者を記入してください。		