

連絡カード

(記入日 令和 年 月 日)

ふりがな 園児名		生年月日	H R	年 月 日	平熱	℃	血液型
ふりがな 保護者名		続柄			自宅TEL		
現住所	〒				父携帯		
					母携帯		

●お迎え要請や病院受診時などの緊急な場合に連絡をしてほしい順に記入して下さい。変更がある場合は、その都度お知らせ下さい。

緊急 連絡先	<記入例> 1番：(母)の(携帯) 2番：(母)の(勤務先) 3番：(祖母：名前)の(携帯 080-XXX-XXX)
	1番：()の() 2番：()の() 3番：()の()

●首から上のケガで緊急性のないもの(打撲等)の連絡について、下記のどちらかを選択(○で囲む)、記入をしてください

要連絡：どなた () の () の番号に連絡	or	連絡不要 (お迎えの際の伝達で可)
--------------------------	----	-------------------

●個人情報保護法により、連絡網を作成していませんので、かみつきやひっかきの際など保護者同士の連携をとる場合に相手方に知らせてもよい連絡先を選択してください。

種別に ○をつけてください	自宅・母携帯・父携帯
------------------	------------

●保育時間の届出 (平日) 時 分～ 時 分 自宅から通園にかかる時間 ()
 (土曜) 時 分～ 時 分 勤務先からの時間 ()

●延長保育の希望の (有・無) [PM6:00~7:00] (1歳以上で園との検討が必要です)

●お盆休みの有無 父 () 母 () 年末年始の休みの有無 父 () 母 ()

●病気など止むを得ない時みてくれる人 ()

●送迎方法 ()

	送迎する人	送迎する車のナンバー		送迎する人	送迎する車のナンバー
登園			降園		

ふりがな 父名				ふりがな 母名			
勤務先名 部署名	TEL	内線 ()		勤務先名 部署名	TEL	内線 ()	
勤務先住所				勤務先住所			
	勤務時間 (月～金)		勤務時間 (土)		休日		通勤所要時間
父	自 時 分 至 時 分	自 時 分 至 時 分		土曜 第1. 2. 3. 4. なし、その他 ()		時間 分	
母	自 時 分 至 時 分	自 時 分 至 時 分		土曜 第1. 2. 3. 4. なし、その他 ()		時間 分	

かかりつけの医院 (小児科)	医院	TEL
かかりつけの医院 (外科など)	医院	TEL

かかりやすい病気・症状 (○印をつけて下さい。)		アレルギー疾患		有・無
風邪をひきやすい		病名	アトピー性皮膚炎・鼻炎・喘息・結膜炎	
発熱しやすい		原因	ダニ・ハウスダスト・動物・食品(卵・牛乳・大豆・ ごま・小麦・ナッツ類・その他の食品())	
扁桃腺肥大による発熱あり			その他()	
下痢をしやすい		症状	湿疹(じんましん)・鼻水・鼻づまり・咳	
便秘をしやすい		湿疹部位	頭・顔・首・肩・背部・腹部・肘・膝	
眼脂がしやすい			その他()	
鼻血をだしやすい		家系	無 ・ 有	祖父・祖母・父・母・兄弟・その他()
咳がしやすい				内容()
ゼロゼロがよく聞かれる		薬のアレルギー	無・有()	
その他				

承諾書

保育中のケガ・病気について

令和 年 月 日

園内において、ケガ・発熱により医師の治療が必要と思われる場合保護者に連絡し指示を受けるよう努力いたしますが、連絡がつかない場合、園側の判断において園のかかりつけの病院・医院にて受診のうえ、担当医師に治療を依頼することを承諾します。

住 所 _____

園児氏名 _____

保護者名 _____ 印

園で起こった怪我により受診する場合は下記の病院に行きます。

打撲・骨折等・・・・・・・・こが整形外科
杉山整形外科
ざいつ整形外科
頭の打撲・・・・・・・・さもと脳神経外科
ごう脳神経外科
顔周りの切り傷等・・・・柳原皮膚科
目・・・・・・・・高橋眼科
蔵田眼科
耳・・・・・・・・ひらの耳鼻咽喉科
いのうえ耳鼻咽喉科
歯・・・・・・・・大賀歯科
いび歯科医院
わに歯科医院
救急車での搬送・・・・徳洲会病院

上記の病院が休診の場合、他の病院に行くことがあります。