

## 緊急病院カード

氏名	(フリガナ)	住所等		
	H・R 年 月 日生		( ) -	
緊急連絡先	①氏名	携帯 TEL( )	-	
	会社名			
	TEL( )			-
	②氏名	携帯 TEL( )	-	
	会社名			
	TEL( )			-
③氏名	TEL( )	-		
本児との関係 ( )				

特記事項	1. 食物アレルギー又は食事制限は？ ない・ある ( )
	2. 他のアレルギーは？ ない・ある ( )
	3. 体重は？ ( kg)
	4. その他
かかりつけの病院	( 小児科 ) TEL( ) -
	( 整形外科 ) TEL( ) -
	( 歯科 ) TEL( ) -
	( ) TEL( ) -