**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？（　　　　　　㎏）  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( ) - | | |