

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()	-