緊急時における確認事項

年　　月

児童氏名		性　別 （　男　：　女　）
生年月日	年　　月　　日	
保護者氏名		
住所		
緊急連絡先	1.　　－　　－　　（連絡先：　　） 2.　　－　　－　　（連絡先：　　） 3.　　－　　－　　（連絡先：　　）	
携帯等のメールアドレス	（　　@　　） ・毎月のご請求書の送付や、電話以外の連絡手段等で使用させていただきます	
アレルギー有無	・食物アレルギー　　：（なし・あり） ・アルコール　　：（なし・あり） ・ラテックス（ゴム）　：（なし・あり） ・その他　　：	
かかりつけ医 （※ありの場合は、機関名・電話番号をご記入ください）	・内　科（なし・あり：　　TEL　　） ・耳鼻科（なし・あり：　　TEL　　） ・外　科（なし・あり：　　TEL　　） ・皮膚科（なし・あり：　　TEL　　） ・眼　科（なし・あり：　　TEL　　） ・歯　科（なし・あり：　　TEL　　）	
医療処置等（治療含む）の同意	・レントゲン撮影　（可・不可） ・麻酔　　（可・不可） ・その他　　（　　）	
その他ご連絡事項ありましたらご記入ください。		