

乳幼児緊急時対応

EMERGENCY

救急

佐川町子ども安心カード

1 氏名 ふりがな 佐川 太郎 さかわ たろう 性別 男 ・ 女 血液型 A型

2 生年月日 平成・令和 2年 5月 5日 (3歳)

3 保護者氏名 ふりがな 佐川 次郎 さかわ じろう (続柄) 父

4 自宅住所 佐川町乙2310番地

①父・母・その他 (090) 0000-0000

5 緊急連絡先 (電話番号) ②父・母・その他 (090) 1111-1111

6 保護者勤務先名: ○○(株) 住所: 佐川町 ○○

心臓疾患、けいれん

7 今までにかかった病気等 アレルギー、その他()

8 服用薬があれば薬品名

9 アレルギー 有 ・ 無 (アレルギー抗体: 鶏卵、スギ花粉、ダニ)

10 受診医療機関 (診療科目・主治医) ○○病院

11 医療機関電話番号 088-000-0000

12 その他必要事項等

カードの緊急時使用に同意します

署名をお願いします

令和5年12月15日

保護者氏名 佐川 次郎