

# 生徒緊急連絡控 記入例

※訂正の場合は赤で記入

## 記入例 (表)

生徒緊急連絡控				名古屋市立大高中学校				
		1年	2年	3年				
		A組	1番	組	番	組	番	
生徒氏名	大高 一郎	性別	男	生年月日	平成〇×年1月1日生		血液型	A型
保護者名	大高 太郎	続柄	父	氏名	大高 太郎			
記号	123	番号	456	続柄	父 TEL (〇〇〇-〇〇〇〇)			
被保険者名	大高 太郎			氏名	大高 幸子 幸雄 □△□-△□△□			
現住所	緑区森の里1丁目107番地			続柄	祖母 祖父 TEL (〇〇〇-〇〇〇〇)			
資格取得年月日	昭和〇×年12月31日生			通院に便利な病院	緑区 〇〇 病院 TEL (XXX-XXXX)			
発行機関	所在地	保険証の内容を		内科	大府市 〇〇 病院 TEL (△△△-△△△△)			
交付年月日	年	月	日	外科	既往症			
有効期限	年	月	日	既往症	なし・あり →裏面に記入			
				アレルギー	なし・あり →裏面に記入			
				備考				

## 記入例(裏)

健康調査	①現在、ぜんそく、アトピー、鼻炎がある。
	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ ○診断名 (アレルギー性鼻炎) ) ○症状 (鼻水、目の痒み) ) ○対応 ※内服・吸入・点眼・点鼻薬は薬剤名・用量・用法まで記載 (春のみアレグラ錠60mg 朝・夕1錠ずつ、アラミスト点鼻薬 朝2噴霧) )
	②今までに、食品や薬でアレルギーが出たことがある。
<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ ○食品名・薬品名 (生卵(マヨネーズは可) 摂取可) ) ○症状 (痒み、吐き気) ) ○対応 ※万が一症状が出た時の対応を、現在完治していれば完治した年齢を記載 (痒みが出た場合は安静に、吐き気が出た場合は連絡ください。) )	
③今までに大きな病気、けがをしたことがある。	
<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ ○傷病名 (左手首骨折) ) ○年齢 (7歳) ) ○現在の状況 現在治療中(治療内容: 定期検査を受けている) ・ 治癒した (7歳) )	

○その他使用薬剤やお子様の健康状態について、学校に知っておいてもらいたいことがあれば記入してください。

- ・卵アレルギーですが、自分自身で食べられるものを判断できます。
- ・頭痛になりやすいです。カロナール200mg 屯用(6時間空けて内服可)を持参させます。
- ・腹痛が起きやすいです。整腸剤を持参させます。