

保 健 連 絡 票

確認チェック		
1年	2年	3年
4年	5年	6年

児童クラブ運営管理者 殿

保護者 住所 碧南市 町 丁目 番地
棟 号

氏名

自宅電話 (0566) —

携帯電話 — —

児童クラブでけがや病気になった場合、受診する医療機関に次の情報を提供することに同意します。

ふりがな		男・女	学 年	クラブ 名	児童クラブ
児童氏名			年生	生 年 月 日	平成 年 月 日
健康保険証	種 類	記 号		番 号	
	国保・健保・共済・国組				
	保険者の名称		保険者番号		
医療費受給者証 受給者番号 (元気っ子医療費・母子家庭等医療費・ 障害者医療費・精神障害者医療費)					
いままでにかかった大きな病気		有 ()・無			
ア レ ル ギ ー		有 ()・無			
※児童クラブでけがや病気になった場合、受診する医療機関に情報を提供します。正確に記入してください。 保険証が変更になったときは、児童クラブへ連絡してください。保険証番号等は他の目的には使用しません。					

備 考 （児童の健康状態、その他連絡があれば記入してください。）

【平熱 ℃】

かかりつけ 病院名 (あれば記入)	内科	外科	歯科
	電話	電話	電話

自宅から児童クラブまでの地図（自宅から児童クラブまでの経路を赤線で記入してください。）