

# 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 <small>(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)</small>						
いままでにかかった大きな病気		有 ( )・無				
ア レ ル ギ ー		有 ( )・無				
<p>※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。</p>						

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 けの医師 (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。)