

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・令和 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			
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		
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 ℃】							

※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時は、児童クラブに連絡してください。保険証番号等は他の目的に使用しません。

裏面のご記入もお願いします。

自宅から児童クラブまでの地図をご記入ください。
(自宅から児童クラブまでの経路を赤線で記入をお願いします。)