**別紙２**

**情報連絡シート（学校・保育園・幼稚園用）**

**記載日　　　年　　月　　日**

**※情報連絡シートはコピーしてお使いください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | （男・女） | | | | | | 生年月日 | | | （　　　　　年　　　月　　　日　　　　歳） | |
| 住所 | |  | | | | | | 電話番号 | | |  | |
| キーパーソン | 連絡先 | | | |  | 氏名 | | 続柄 | 同居 有・無 | | | 緊急時の連絡先 |
| １ |  | |  | 有・無 | | |  |
| ２ |  | |  | 有・無 | | |  |
| ３ |  | |  | 有・無 | | |  |
| 学校等の連絡先 | 施設名 | | | | | | 担当者名 | | | 連絡先 | | |
|  | | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |  | | |
| 日常生活での  注意事項 | | | 無 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 病　　　歴 | | |  | | | | | | | | | |
| アレルギー | | | 無 | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| かかりつけ病院 | | |  | | | | | | | | | |
| 主治医名 | | |  | | | | | | | | | |
| 救急車要請時の対応  （搬送先病院等について記入してください） | | |  | | | | | | | | | |
| 備考  （特に救急隊に伝えたいことがあれば記載願います） | | |  | | | | | | | | | |