

緊急時、必要と認められた場合に記載されている情報を医療機関に提供する場合があります。記載事項変更時、新島村教育委員会までご連絡ください。

ペン又はボールペンにてご記入ください。

東京都立新島村教育委員会

ふりがな		性別
名前		
生年月日	平成 年 月 日生	予防接種歴
		<small>*母子手帳で確認してから○をつけてください。</small> 麻しん予防接種 → ()回した(平成 年・平成 年)・していない <small>*かかったことがある場合、年齢を記入してください。</small> 罹患歴：麻しん → 才・かかっていない
現住所	〒	
	東京都	
保護者名	名前 (続柄)	電話: ()
		携帯電話: - -
緊急連絡先	名前 (続柄)	連絡先名称
	電話: ()	携帯電話: - -
現在の健康状態	治療中の病気・疾患	
	・診断名	
	・現在の状況と使用中の薬品名等	
	治療中のけが等	
血液型()	・診断名	
	・現在の状況および心配点	
平熱(°C)		
既往歴	今までにかかったことのある病気(手術歴なども)をお知らせください。 (現在は症状がない疾患や、経過観察中の疾患についても記入をお願いいたします。(例)喘息2歳～12歳 等)	
アレルギー	食品	
	薬品	
エピペンの所持 (有・無)	その他	
◎その他、教育委員会及びホームステイ先に連絡しておきたいことがありましたら、ご記入ください。		