

※記入例

【春日部 小学校】

年	1	2	3	4	5	6
組						
番						

救急

春日部市子ども安心カード

ふりがな 氏名	かすかべ いちろう ----- 春日部 一郎		男・女 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	平成・令和 30 年 12 月 7 日		
保護者氏名	春日部 太郎		
住所	春日部市中央6-2 シティホール春日部101		
電話番号/携帯電話	048-000-0000	090-0000-0000	
アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ----- エピペンの所有 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	【詳細】 ・アスピリン系の薬は禁止されています。 ・喘息で、テオドールを使用中です。 ・卵アレルギーです。 ・エピペンは、〇〇にあります。	
かかりつけの 医療機関名称	(呼吸器外 科)	(科)	
	春日部市立病院		
今までにかかった大きな病気（そのときの医療機関）・常時服用薬・救急隊に伝えておきたいこと ・川崎病を経験していますが、現在は問題ありません。 （埼玉県立小児医療センター） ・毎日、薬（薬品名）を服用しています。			

カードの緊急時使用に同意します。

保護者氏名

春日部 太郎



【 小学校】

年	1	2	3	4	5	6
組						
番						

救急

春日部市子ども安心カード

ふりがな 氏名	-----		男・女
生年月日	平成・令和	年	月 日
保護者氏名	-----		
住所	春日部市		
電話番号/携帯電話	—	—	—
アレルギー	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ----- エピペンの所有 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	【詳細】 -----	
かかりつけの 医療機関名称	(科)	(科)	

今までにかかった大きな病気（そのときの医療機関）・常時服用薬・救急隊に伝えておきたいこと -----			

カードの緊急時使用に同意します。

保護者氏名

印