家庭連絡票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | 組  番号 | | １　年　　　　　組　　　　　番 |
| 生徒氏名 | |  | | | | | | | | ２　年　　　　　組　　　　　番 |
| ３　年　　　　　組　　　　　番 |
| 住　　　　所 | | 〒（　　　　　　　－　　　　　　　　）  木津川市  ＴＥＬ　（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | |
| 緊急時の  連絡先 | |  | （　　　　　　　　　） 　　　　　　　　　　－ | | | | | | | | （場所・誰に） | |
|  | （　　　　　　　　　）　 　　　　　　　　　－ | | | | | | | | （場所・誰に） | |
|  | （　　　　　　　　　）　　　 　　　　　　　－ | | | | | | | | （場所・誰に） | |
| 健康保険の資格情報　（保険証や資格情報を貼付する場合はこちらか裏面へ） | | | | | | | | | | | 救急搬送の場合、指定する病院名  指定する理由 | |
| 記号 |  | | | | 番号 | | （枝番） | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | 性　　　別 | |
|  | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | 受診した際に伝えるべき事項  （薬・注射などの副作用等） | |
| 資格取得年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 世帯主氏名　又は  被保険者氏名 | | | | ＊１ | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | 同上・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保険者番号 | | | |  | | | | | | |
| 保険者名称 | | | |  | | | | | | |
| ＊１　国民健康保険に加入している世帯は世帯主氏名を、社会保険等に加入している方は被保険者氏名をご記入ください。「被保険者」とは健康保険に加入している方のことを言います。 | | | | | | | | | | |
| 家族構成  （本人は除く） | | 続柄 | | | | 氏名（フリガナ） | | 勤務先、学校等 | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
| 同意書  　個人情報保護法の施行に伴い、当該生徒が学校から医療機関に受診した際に、医師から傷病の状況、治療内容、注意事項等について、引率の本校教職員が説明を受けることに同意されますか。どちらかに〇をご記入の上、同意される場合は保護者自署をお願いします。  同意を　（　する　・　しない　）　　　　保護者自署 | | | | | | | | | | | | |
| 承諾書  　学校文書及び各種広報（本校ホームページや新聞、大会プログラム含む）における生徒の氏名、活動の様子や取組の写真、作品の掲載について承諾されますか。どちらかに〇をご記入の上、承諾される場合は保護者自署をお願いします。  承諾を　（　する　・　しない　）　　　　保護者自署 | | | | | | | | | | | | |