

利 用 連 絡 カード				利 用 日	令和	年	月	日	
在 園 名	保育園	児 童 名		生年月日	年 月 日 生 歳				
保護者名				続 柄					
住 所				電 話					
お迎えの人		続 柄		お迎え時間					
連 絡 先				電 話					
家 庭 用				保 育 園 用					
朝の体温	度	その他		食 事		その他			
朝食の有無	有			無					
排便の有無	有			無					
睡 眠	～								
新型コロナウイルス感染症に関し、次の□に✓を入れてください。 ☐ 現在、陽性者ではありません。 ☐ 現在、濃厚接触者に指定され自宅待機による健康観察を行っている期間ではありません。 ☐ 現在、PCR検査を行い結果を待っている期間ではありません。									
健康保険証 / 有 ・ 無				乳幼児医療証 / 有 ・ 無					
保険証	記 号：	番 号：		負担者番号：					
	保険者番号：			受給者番号：					
	名 称：								
	被保険者：								
かかりつけ病院 ①				病院 TEL：		②			病院 TEL：

保育中に負傷等、病院受診が必要となった時にはすぐに保護者の方に連絡をします。受診の際は、検査や治療について保護者の方の承諾が必要となるため、可能な限り医療機関への同行をお願いしています。
このことを理解の上、保護者が同行できず、保育士または看護師が園児と受診する場合、上記より必要な情報を医療機関へ提供することに同意します

令和 年 月 日 保護者名

利 用 連 絡 カード				利 用 日	令和	年	月	日	
在 園 名	保育園	児 童 名		生年月日	年 月 日 生 歳				
保護者名				続 柄					
住 所				電 話					
お迎えの人		続 柄		お迎え時間					
連 絡 先				電 話					
家 庭 用				保 育 園 用					
朝の体温	度	その他		食 事		その他			
朝食の有無	有			無					
排便の有無	有			無					
睡 眠	～								
新型コロナウイルス感染症に関し、次の□に✓を入れてください。 ☐ 現在、陽性者ではありません。 ☐ 現在、濃厚接触者に指定され自宅待機による健康観察を行っている期間ではありません。 ☐ 現在、PCR検査を行い結果を待っている期間ではありません。									
健康保険証 / 有 ・ 無				乳幼児医療証 / 有 ・ 無					
保険証	記 号：	番 号：		負担者番号：					
	保険者番号：			受給者番号：					
	名 称：								
	被保険者：								
かかりつけ病院 ①				病院 TEL：		②			病院 TEL：

保育中に負傷等、病院受診が必要となった時にはすぐに保護者の方に連絡をします。受診の際は、検査や治療について保護者の方の承諾が必要となるため、可能な限り医療機関への同行をお願いしています。
このことを理解の上、保護者が同行できず、保育士または看護師が園児と受診する場合、上記より必要な情報を医療機関へ提供することに同意します。

令和 年 月 日 保護者名