

記入例

令和6年度

緊急時引き渡しカード

園控え

組

やなぎさわ幼稚園・保育園

園児名	ふりがな	やなぎさわ ももこ	在園中の 兄弟姉妹	星2組	柳沢 さきこ
	柳沢 もも子			組	
				組	
住所	野田市柳沢58		電話番号	00-1234-5678	
番号	引き取り登録者氏名	日中の連絡先(電話・住所)		続柄	備考
①	ふりがな	やなぎさわ すみれ	電話：00-1234-5678 (自宅)	母	
	柳沢 すみれ		携帯：090-2134-5678		
			自宅() 職場 ()		
②	ふりがな	やなぎさわ ひろし	電話：03-2456-9890 (勤務先)	父	
	柳沢 ひろし		携帯：090-3412-5678		
			自宅・職場(東京都千代田区808)		
③	ふりがな	やなぎさわ こたけ	電話：04-5678-9012	祖母	
	柳沢 こたけ		携帯：090-4578-3210		
			自宅() 職場 (流山市平和台1-1-1)		

引き渡しカード やなぎさわ幼稚園・保育園						引き渡しカード やなぎさわ幼稚園・保育園						引き渡しカード やなぎさわ幼稚園・保育園					
園児名	番号	引き取り登録者名	日中の連絡先(電話・住所)	続柄	備考	園児名	番号	引き取り登録者名	日中の連絡先(電話・住所)	続柄	備考	園児名	番号	引き取り登録者名	日中の連絡先(電話・住所)	続柄	備考
ふりがな	ふりがな	ふりがな	電話： 携帯： 自宅・職場：	組		ふりがな	ふりがな	ふりがな	電話： 携帯： 自宅・職場：	組		ふりがな	ふりがな	ふりがな	電話： 携帯： 自宅・職場：	組	
①	②	③	<p>以下の3枚にも上記と同じ内容をご記入ください。 それぞれ①②③の内容が一緒になるようご注意ください。 記入後、切り取らずに提出してください。 確認後、返却します。 返却後、各自切り離して①②③の人がそれぞれ携帯してください。</p>														

令和6年度

かかりつけ医 確認票

花1 組		やなぎさわ幼稚園・保育園		
ふりがな	やなぎさわ	たろう	性別	生年月日
園児名	柳沢	太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	R2年 5月 5日生 (4 歳 2 か月)
アレルギー	食物	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり	<input checked="" type="radio"/> 卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他 ()	
	薬剤	<input checked="" type="radio"/> なし・あり	薬剤名 ()	
熱性けいれん	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり	初回： 1 歳 4 か月 最終： 1 歳 4 か月 けいれん予防薬の使用 (<input checked="" type="radio"/> なし・あり)		
その他既往歴	気管支喘息 (フルタイド吸入薬使用) 両側停留精巣 (R3年3月手術)			
	病院名	電話番号		
小児科 耳鼻科	〇〇小児科	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
外科 整形外科	□□□整形外科	□□-□□□□-□□□□		
眼科	△△眼科	△△-△△△△-△△△△		
歯科	◇◇◇デンタルクリニック	◇◇-◇◇◇◇-◇◇◇◇		

※基本的には医療連携病院へ搬送します。情報提供として必要な場合がありますのでご記入ください。

緊急時引き渡しカード

園控え

組

やなぎさわ幼稚園・保育園

園児名	ふりがな	在園中の 兄弟姉妹	組	
			組	
			組	
住所		電話番号		
番号	引き取り登録者氏名	日中の連絡先(電話・住所)	続柄	備考
①	ふりがな	電話：		
		携帯：		
		自宅・職場（ ）		
②	ふりがな	電話：		
		携帯：		
		自宅・職場（ ）		
③	ふりがな	電話：		
		携帯：		
		自宅・職場（ ）		

引き渡しカード やなぎさわ幼稚園・保育園				
園児名	ふりがな	組	組	備考
番号	引き取り登録者名	在園中の兄弟		続柄
	ふりがな	日中の連絡先(電話・住所)		
①	電話：	電話：		
	携帯：	携帯：		
	自宅・職場：（ ）	自宅・職場：（ ）		

引き渡しカード やなぎさわ幼稚園・保育園				
園児名	ふりがな	組	組	備考
番号	引き取り登録者名	在園中の兄弟		続柄
	ふりがな	日中の連絡先(電話・住所)		
②	電話：	電話：		
	携帯：	携帯：		
	自宅・職場：（ ）	自宅・職場：（ ）		

引き渡しカード やなぎさわ幼稚園・保育園				
園児名	ふりがな	組	組	備考
番号	引き取り登録者名	在園中の兄弟		続柄
	ふりがな	日中の連絡先(電話・住所)		
③	電話：	電話：		
	携帯：	携帯：		
	自宅・職場：（ ）	自宅・職場：（ ）		

令和6年度

かかりつけ医 確認票

組 やなぎさわ幼稚園・保育園			
ふりがな 園児名		性別 男・女	生年月日 年 月 日生 (歳 か月)
アレルギー	食物	なし・あり	卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他 ()
	薬剤	なし・あり	薬剤名 ()
熱性けいれん	なし・あり		初回： 歳 か月 最終： 歳 か月 けいれん予防薬の使用 (なし・あり)
その他既往歴			
	病院名		電話番号
小児科 耳鼻科			
外科 整形外科			
眼科			
歯科			

※基本的には医療連携病院へ搬送します。情報提供として必要な場合がありますのでご記入ください。