

2021年度 保 健 調 査 票 《保護者記載》



※ 全ての欄にご記入ください。

松商学園高等学校

年	1	ふりがな		男・女	平成	年	月	日生	血液型	型
組		氏名								RH型()
番										
自宅住所	〒			自宅の電話番号 TEL						
寮(下宿)住所	(寮生・下宿生は記入して下さい) 〒			寮・下宿の電話番号 TEL						
			寮・下宿名 ()							

緊急連絡先 【必ず連絡先を記入してください】

保護者氏名	連絡先名(勤務先等)	電話番号	携帯電話
続柄 ()			
続柄 ()			
続柄 ()			

保 險 証 の 写 し	種類	国 健 共 其 他 () 保 保 済 他				あてはまるものに○をして下さい。
	記号			番号		
	加入者氏名					
	保険者番号			保険者名称		

(1) 学校で急に医師の診察を要する時は、どこの医療機関へつれていったらよいですか。(学校にまかせる場合は○をしてください。)

	医 療 機 関 名	学 校 に まかせる		医 療 機 関 名	学 校 に まかせる
内科	TEL		耳鼻科	TEL	
外科	TEL		歯科	TEL	
眼科	TEL		整形外科	TEL	

(2) アレルギー体質(薬、食物、動植物等)の場合は、症状を起こす原因と症状を記入して下さい。

※ 特に、学校で対応が必要な場合は、赤字でご記入下さい。

(原因)	(症状)	エピペンの有無	かかりつけ医
		有・無	