



緊急連絡カード

Emergency Contact Card

出雲市立 幼稚園
- Kindergarten

園児名 (ふりがな) Child's Name (Furigana)	
生年月日 Date of Birth	Year 年 Month 月 Day 日
保護者名 Parent/Guardian's Name	
住所 Address	出雲市 Izumo-shi 町 cho 番地 Banchi
自宅の電話番号 Telephone(Home)	

☆ 緊急連絡先 Contact of emergency

	連絡先 (自宅会社等) Contact (Home/Office etc.)	TEL (携帯など) Tel (Cell)	連絡者の名前 (続柄) Name of contact (Relation)
1			
2			
3			

☆かかりつけの医療機関 Family Doctor.

(かかりつけがあれば記入してください。ない場合は希望の医療機関)

If there is a medical institution you regularly use, please write it here.

If not, please name the institution you would like to use.

内 科 Internal medicine		外 科 Surgery	
整形外科 Plastic surgery		歯 科 Dentistry	
眼 科 Ophthalmology		耳鼻科 Otolaryngology	
皮膚科 Dermatology			

☆薬・注射・食べ物等に対するアレルギー

Medicine, injection, and food allergies

(どちらかに○印をしてください。)(Circle (○) one option.)

- ・ ある Yes

(薬の名前や症状等をお知らせください。Please provide the name of the medicine and symptoms.)

- ・ ない No

☆その他、連絡事項がありましたらご記入ください。

If there is any other contact-related information you would like us to know, please write it here.