

同意書

和歌山県立桐蔭中学校長 様

私は、下記の内容について同意いたします。

記

同意の内容

学校から医療機関等に連れて行く場合

- ① 必要な範囲に限り、学校が把握している健康管理上の個人情報を医療機関に伝えることの同意
- ② 学校が医療機関等からお子様のけがや病気の状況、治療内容・注意事項等について説明を得ることの同意

なお、この同意書の有効期間は、同意の日から本校在学期間中とします。

令和 年 月 日

生徒氏名

保護者氏名



<No.3>

令和4年度入学

保健カード

和歌山県立桐蔭中学校

ふりがな		生年月日		自宅TEL	
生徒氏名		年	月	日生	
現住所		出身校			
ふりがな		総柄		立 小学校	
保護者氏名		1年組番			
保護者住所		担任			
緊急連絡先	氏名	経路	勤務先など	TEL	2年組番
	1				担任
	2				担任
3					3年組番
血液型		かかりつけの病院			
RH (+) (-) (不明)		名称	TEL	担任	
健康保険証 (在学中に保険証が変わった場合は連絡してください)		名称	TEL	※医療機関受診の際、配慮を要する点があれば記入してください。 (例) 薬アレルギーがある、ヒリン障害がある など	
国民健康保険証		名称	TEL		
社会保険健康保険証		名称	TEL		
共済組合健康保険証		名称	TEL		
その他					

※ 顔
写
真
を
添
付
す