令和7年度　スクールバス　個人カード　　年　　月　　日 現在

埼玉県立川越特別支援学校	Tel	049－235－0616	便名	便	バス停名		
学部 学年	（　　）部 年	氏名	生年月日	年　月　日（　歳）	血液型	型（Rh　）	
現住所			Tel				
保護者氏名 生年月日 ※送迎に来る方全員		緊急連絡先	：　（　　）				
			：　（　　）				
主治医名と その連絡先	病院　　科　　先生 住所　　Tel　（　　）						
発作の有無	有　・　無	発作をおさえる 薬の名前と量					
発作の様子・程度		発作時の対応					

※　発作時の対応については、「救急車を呼ぶ場合」「保護者に連絡し判断を仰ぐ場合」「様子を見守る場合」など　程度に応じた対応の仕方をわかり易く御記入ください。

備考

提出〆切　月　日（ ）