

事前打合せ票

記入日： 年 月 日

		会員番号	
ふりがな	生年月日		愛称・呼び名
児童の名	男女	年 月 日	
会員氏名		歳 ヶ月	
自宅住所	(〒 -) マカヨ名		Tel Fax
保育所 幼稚園 学校名	名称	Tel	
	住所	委任状の有無	
児童会館 (小学生のみ)	Tel		
緊急連絡先	1. 氏名	続柄	携帯Tel
	勤め先	住所	Tel
	2. 氏名	続柄	携帯Tel
	勤め先	住所	Tel
	3. 氏名	続柄	携帯Tel
	勤め先	住所	Tel
かかりつけ医 (お子さん)	小児科	名称	診察券番号
		住所	委任状の有無
	上記以外の 小児科 (休診時など)	名称	診察券番号
		住所	委任状の有無
		Tel	診療時間
予防接種	三種混合	受けていない・受けた (I期1回 2回 3回 I期追加 2期)	
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ 受けていない・受けた
	はしか	受けていない・受けた	風しん 受けていない・受けた
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ 受けていない・受けた
これまでにかかった主な感染症・病気 にかかった病気に○をつけてください			
・突発性発疹 ・はしか ・風疹 ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・熱性けいれん (回数 回) 最後はいつ? (年 月) 座薬の指示 有・無 ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・その他			
入院したこと		ない・ある	
常時使用している薬		薬の飲ませ方	
食事制限 ある ない (具体的に)			
健康保険証番号	鍵について		
乳幼児受給者証	ファミリーサポートの提供会員名 (いる時)		
平熱	特定のスタッフの希望の有無		
保護者の出勤時間	解熱剤を使う場合の目安	好きな遊びなど	

1日の様子（食事・睡眠等）																	
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
食事 母乳・混合・ミルク・離乳食・普通食 アレルギー 有 ・ 無 食物アレルギー（ ） ペットアレルギー（ ） その他アレルギー（ ）									排泄 オムツ・自立 トレーニング中（ ） 普段の便の回数・状態 回数 回 状態								
好きな飲み物																	
脱臼のくせが ある ・ ない									嘔吐しやすい はい いいえ								
その他																	

自宅付近の略図（自宅から学校、保育所、幼稚園まで）

				北 	
最寄りの駅		バス停		駐車場	

※最寄り駅、バス停など目印になるものがありましたらお書きください。

※援助活動の実施にあたっては、両会員の間で十分に打ち合わせをして下さい

※この情報は必要に応じて緊急サポート時に援助会員に提供させていただきます。

上記の件について、承諾いたします。

サイン