

# 事前打合せ票


記入日： 年 月 日

江別市緊急サポートネットワーク

		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 月	
自宅住所	(〒 - )マンション名		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 <small>(小学生のみ)</small>			TEL
緊急連絡先	1. 氏名		続柄
	勤め先		住所
	2. 氏名		続柄
	勤め先		住所
	3. 氏名		続柄
	勤め先		住所
かかりつけ医 <small>(お子さん)</small>	小児科	名称	診察券番号
		住所	委任状の有無
		TEL	診療時間
	上記以外 の小児科 <small>(休診時など)</small>	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 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)																			
時	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
様子																			
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 ( ) 普通の便の回数・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)

																			
最寄の駅		バス停		駐車場															

※最寄駅、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。  
 ※援助活動実施にあたっては、両会員の間で十分に打合せをして下さい。  
 ※この情報は、必要に応じて緊急サポート時に提供会員へ提供させていただきます。