

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	(郵便番号 —)	TEL		スタッフ送迎時の 委任状提示↓
保育所 幼稚園 小学校名	名称 住所	TEL		必要・不要
小学生の場合 児童館・学童先	児童館・学童名 住所	TEL		必要・不要
緊急時 連絡先	1. 氏名	続柄	携帯	
	勤務先	住所	TEL	
	2. 氏名	続柄	携帯	
	勤務先	住所	TEL	
	3. 氏名	続柄	携帯	
	勤務先	住所	TEL	
かかりつけ お子さんの 医	小児科	名称	診察券番号	
		住所 TEL	診療時間	委任状 要・不要
	その他 (休診日など)	名称	診察券番号	
		住所 TEL	診療時間	委任状 要・不要
予 防 接 種	四種混合	受けていない・受けた (Ⅰ期1回 2回 3回 Ⅰ期追加 2期)		
	麻疹・風しん	受けていない・受けた (Ⅰ期・Ⅱ期)	ヒブ	受けていない・受けた
	BCG	受けていない・受けた	肺炎球菌	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↓				
<ul style="list-style-type: none"> ・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 				
入院歴	ない・ある →			
常時使用している薬	ない・ある →	薬の飲ませ方		
食事制限	ない・ある →			
平熱		解熱剤の 使用について		
健康保険証番号		乳幼児受給者証		
出勤時間 (家を出る時間)		好きな遊びなど		
※コーディネーター時確認				
カギ		ファミサポ		

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（ ）																		
飲み物																		
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																		
ペット 有 ・ 無 （ゲージ 有 ・ 無 ） 脱臼のくせが ある ・ ない その他																		

自宅付近の略図

北
↑

最寄の駅		バス亭		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。
 ※この情報は必要に応じて緊急サポート時に提供会員に提供させていただきます。
 ※援助活動の実施にあたっては、当日、両会員の間で十分に打合わせをして下さい