

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		(〒 ー) 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 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 有 ・ 無	
		TEL				診療時間	
	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 有 ・ 無	
		TEL				診療時間	
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							
障がいの有無		ない ・ ある ()					
入院したこと		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 (具体的に)					
平熱				鍵について			
解熱剤を使う目安							
保護者の出勤時間		保護者の帰宅時間		好きな遊びなど			

※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。

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 （ ） ペット 有 ・ 無 （ゲージ 有 ・ 無 ） 脱臼のくせ 有 ・ 無 その他										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 嘔吐しやすい はい いいえ								

自宅付近の略図

最寄の駅		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。