

事前打ち合せ書 (各お子様ごとに) 記入日 平成 年 月 日

利用 会員	会員番号	氏名	住所・電話番号		
			電話: ()	mail	
子ども 氏名	愛称()		男 女	生年 月日	
			年	月 日 (歳)	
保育園 ・ 学校等	名称		住所・電話番号		
			電話: ()		
	組名:	担任:	委任状必要の有無	有・無	
	その他:				
緊急 連絡 先	氏名	続柄	連絡先		
			住所		
			電話: ()	mail	
			住所		
		電話: ()	mail		
		住所			
		電話: ()	mail		
かかりつけ医(小児科)	名称	病院情報		委任状必 要有・ 無	
	電話: ()				
かかりつけ医(その他)	名称	病院情報		委任状必 要有・ 無	
	電話: ()				
かかりつけ医が休診の場合の対応:					
子ども につ いて	アレルギーについて: 無・有		食物アレルギー() その他のアレルギー()		
	平熱:		性格:		
	睡眠:		排泄: おむつ・自立・トレーニング中()		
	食事:	おやつ好み:			
		好きな飲み物()()			
		チョコレート 可・非	市販ジュース 可・否		
	好きな市販のお菓子:				
	好きな遊び:				
	嫌いなこと:				
	気をつけて欲しいこと:				
脱臼の癖がある		有・無	嘔吐しやすい	はい・いいえ	
薬の飲みかた: 粉薬(散薬)・水薬・錠剤					

1日の様子	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	食事睡眠などを書いてください	
既往歴など	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						
		みずぼうそう				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○をつけて下さい																			
	<ul style="list-style-type: none"> ・突発性湿疹 ・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 																			
入院した事		ある・ない				常時使用している薬						ある・ない								
食事制限		ある・ない (具体的に)																		
診察券	健康保険証番号																			
	乳幼児受給者証等																			
	診察券番号/病院名																			
その他の確認事項	①活動場所の希望(サポート会員宅 利用会員宅 その他)																			
	②現物準備(食事 おやつ ミルク その他)																			
	③実費を立替えてもらうもの(交通費 その他)																			
	④緊急依頼のための電話等での連絡は、(午前 時以降 夜間 時まで)																			
	⑤その他																			
※自宅付近の略図(インターネットでコピーし詳細は記入)																				

※サポートの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提供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。

自署 _____