

記入日:            年            月            日            会員番号

ふりがな		生年月日		愛称・呼び名	
子どもの名前		男 女	年 月 日		
会員氏名		歳 ヶ月			
自宅住所(郵便番号 ー ) TEL					
保育所 幼稚園 小学校	名称		TEL		
	住所				
児童館・ 学童先	名称		TEL		
	住所				
緊急連絡先	1. 氏名		続柄 ( )		TEL
	勤務先		住所		
	2. 氏名		続柄 ( )		TEL
	勤務先		住所		
かかりつけ医	小児科	名称		TEL	
		住所			
	その他	名称		TEL	
		住所			
予防接種	4種混合	受けていない・受けた ( I期1回 2回 3回 I期追加 II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	
既往歴					
・ 突発性発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 溶連菌感染症 ・ 手足口病 ・ 熱性けいれん ( 回数 回 ) 最終はいつ? ( 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 →					
食事制限 ない ・ ある →					
常用薬 ない ・ ある →			・ 薬の飲ませ方    ・ 解熱剤を使用したことが ない  ある ( )		
平熱					
健康保険証番号					
乳幼児受給者証					
家を出る時間					

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 ( ) その他のアレルギー ( )											排泄： オムツ ・ 自立 トレーニング中 ( ) 普段の便の回数： 回 状態 ( )							
好きな飲み物：											嘔吐しやすい はい ・ いいえ							
普段の食欲： 旺盛 普通 細い											脱臼のくせが ある ・ ない							
その他（気を付けてほしいことなど）																		

#### 自宅付近の略図

最寄り駅	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。
- ※ 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。
- ※ 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ください。