

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	
子どもの名前 男 女		年 月 日		
会員氏名		歳 ケ月		
自宅住所(郵便番号) —) 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		
	その他	名称 TEL		
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	受けっていない・受けた
	はしか	受けていない・受けた	風しん	受けっていない・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				
<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 ・ 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 →		<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬の飲ませ方 ・ 解熱剤を使用したことが ない 		
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																		排泄:	オムツ・自立			
アレルギー :	有・無																		トレーニング中	()			
食物アレルギー	()																		普段の便の回数:	回			
ペットアレルギー	()																		状態	()			
その他のアレルギー	()																						
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。