

事前打合せ票

入会申込日： 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	愛称・呼び名
児童の名前	男 女	年 月 日	
会員氏名		会員番号	R
自宅住所	(〒 -)	TEL fax	
保育園・幼稚園 学校名	名称 住所	TEL	
緊急連絡先	1. 会員氏名	続柄	携帯TEL
	勤め先 (職種)	住所	TEL
	2. 氏名	続柄	携帯TEL
	自宅住所	電話番号	
	勤め先 (職種)	住所	TEL
	3. 氏名	続柄	携帯TEL
	自宅住所	電話番号	
	勤め先 (職種)	住所	TEL
かかりつけ医	名称 住所	TEL 休診日	
予防接種	四種混合	受けていない・受けた(1期1回 2回 3回 1期追加 2期)	
	日本脳炎	受けていない・受けた(1期1回 2回 1期追加)	
	ヒブ	受けていない・受けた	肺炎球菌 受けていない・受けた
	BCG	受けていない・受けた	麻しん・風しん 受けていない・受けた(1回目・2回目)
	水ぼうそう	受けていない・受けた	B型肝炎 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)			
・突発性発疹 ・はしか ・風しん ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・熱性けいれん(最後はいつですか 年 月) ・座薬の依頼 有・無 その他()			
入院したこと ない・ある			
常時使用している薬		薬の飲ませ方 (そのまま ・ に混ぜる)	
食事制限 ない・ある(具体的に)			
食事	母乳・混合・ミルク・離乳食・普通食	排泄	オムツ・トレーニング中・自立
アレルギー	有・無	普段の便の回数・状態	
食物アレルギー ()		回数	回/日
ペットアレルギー ()		状態()	
好きな飲み物		嘔吐しやすい	平熱
脱臼のくせ	有・無	はい	いいえ
その他:お預かりするにあたって気をつけてほしい事、注意点などご記入下さい。 (例えば、言葉の遅れ・多動・強度の人見知りなど。)		健康保険証番号	記号 番号
		診察券番号	
		乳幼児受給者証	
		勤務時間	
		()医師の指示通りをお願いします	

※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。

上記の件について、承諾いたします。 サイン