

## 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<br>月日     | 年<br>月<br>日  | 年<br>月<br>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 |              |                |        |  |
| かかりつけ医(小児科)          | 名称<br>電話: ( )  |  |                            | 病院情報         |              | 委任状必要有・無       |        |  |
| かかりつけ医(その他)          | 名称<br>電話: ( )  |  |                            | 病院情報         |              | 委任状必要有・無       |        |  |
| 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( )<br>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:            |  | おやつの好み:                    |              |              |                |        |  |
|                      |                |  | 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<br>日<br>の<br>様<br>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<br>往<br>歴<br>な<br>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     |        |                                 |           |    |    |        |       |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |                |  |  |
|                       | ・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<br>察<br>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 \_\_\_\_\_.