

病児・病後児預かり事前打合せ書

打合せ日： 年 月 日
時間： 時 分 ～ 時 分

利用会員	会員番号		住所				
	フリガナ氏名		電話： ()				
緊急連絡先	氏名		続柄		連絡先		
	①						
	②						
	③						
提供会員	会員番号		住所				
	フリガナ氏名		電話： ()				
フリガナ子ども氏名	男 女	平熱		℃			
		呼び名()	熱性痙攣	無・有	回数	初回 歳 月	最後 歳 月
生年月日	年 月 日(歳)	ぜんそく		無・有	回数	初回 歳 月	最後 歳 月
保育施設・学校名			既往歴		名称 年齢		
電話番号					入院歴 無・有		
クラス名・担任名	組	先生	常用薬	無・有	()		
食事	ミルク・離乳食・普通食		麻疹予防接種	済・未			
排泄	おむつ・トレーニング・自立						
アレルギー	無	有	食物アレルギー()				
			その他アレルギー()				
性格							
好きな遊び							
病気時の留意点							
かかりつけ医	電話 ()						
活動内容							
確認事項	①活動場所：利用会員宅						
	②活動予定日時： 月 日 曜日 時から 時まで						
	③現物準備：食事・おやつ・ミルク・その他()						
	④実費で立て替えてもらうもの：交通費・食事・その他()						
	⑤災害時等の対応避難場所：避難場所()						

※事前打合せ書をもとに児童の様子を伝えてください。活動として家事はありません。

※病児・病後児預かり援助活動は、提供会員と児童の1対1になります。