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 ～

利用会員	会員番号 フリガナ		住所 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 フリガナ		住所 電話:　　(　　)

フリガナ 子ども氏名	男 女 呼び名(　　)	平熱	℃				
		熱性痙攣	無 ・ 有	回数	初回　歳　ヶ月	最後　歳　ヶ月	
生年月日	年　月　日(　歳)	ぜんそく	無 ・ 有	回数	初回　歳　ヶ月	最後　歳　ヶ月	
施設名		既往歴	名称		年齢		
施設電話番号			入院				
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	有 ・ 無	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		
かかりつけ病院	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・病後児預かりの援助活動は、提供会員と児童の1対1になります。

新宿区ファミリー・サポート・センター