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 電話：　　（　　）
	フリガナ 氏名		
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 電話：　　（　　）
	フリガナ 氏名		

児童氏名（フリガナ）	呼び名（　　）　男・女	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
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	接種日　年　月　日		
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	名称 電話　（　　）		
活動内容			
確認事項	☐活動場所 ： 利用会員宅		
	☐活動予定日時 ：　月　日　曜日　時から　時まで		
	☐現物準備 ： 食事 ・おやつ ・ミルク ・ その他（　　）		
	☐実費で立て替えてもらうもの ： 交通費 ・ 食事 ・ その他（　　）		
	☐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。

新宿区ファミリー・サポート・センター