

病児・病後児預かり事前打合せ書

打合せ日：平成 年 月 日
時 間： 時 分 ～

利用会員	会員番号		住所			
	フリガナ					
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					
フリガナ 子ども氏名			平熱	℃		
			熱性痙攣	無 ・ 有	回数	初回 歳 ヶ月
施設名			ぜんそく	無 ・ 有	回数	初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月
施設電話番号			既往歴	名称 年齢		
クラス名				入院		
担任名			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：提供会員宅 ・ 利用会員宅 ・ 支援センター ・ その他()					
	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