

# 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                            |             |        |                 |
|               |                                 | 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                            |             |        |                 |
|               |                                 | 電話： ( )     |        |                 |
| フリガナ<br>子ども氏名 | 男 女                             | 平熱          | ℃      |                 |
|               | 愛称( )                           | 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：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