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 フリガナ 氏名		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 氏名		住所 電話:　　(　　)					
子ども氏名	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 ・ 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。

新宿区ファミリー・サポート・センター