

事前打合せ票

(用紙1)

コーディネート日：令和 年 月 日

担当コーディネーター

依頼会員番号		依頼会員氏名		携帯電話	
ふりがな			呼び名	生年月日	
子どもの氏名	男 女			平成 令和	年 月 日 歳 ヶ月
自宅住所	〒 - TEL:			飼っている ペット	有・無 種類
	(アパート・マンション名) FAX:				
保育所 幼稚園 小学校	施設名: クラス:			委任状	要・不要
	住所:			会員証 提示	要・不要
	電話番号:				
児童クラブ	施設名: クラス:			委任状	要・不要
	住所:			会員証 提示	要・不要
	電話番号:				
援助中の 緊急連絡先	1. 氏名		子どもとの関係	携帯電話	
	勤め先		住所	TEL	
	2. 氏名		子どもとの関係	携帯電話	
	勤め先		住所	TEL	
	3. 氏名		子どもとの関係	携帯電話	
	勤め先		住所	TEL	
援助希望内容					
留意事項	アレルギー	・ない・ある ()		ペット	可・不可 ()
	食事・おやつ	・与えてはいけない食べ物 ()			
	睡眠	・昼寝の有無 (する・しない) ・寝起きについて (良い・悪い) ・その他 ()			
	排泄	・排泄の意思表示 (できる・できない) ・おむつの使用 (有・無) ・その他 ()			
	平熱	入院歴	ない・ある ()	常用薬	ない・ある ()
	病気・障がい	ない・ある (診断名)		通院・通所	手帳等
気を付けてほしい事		くせ・好きな遊び等			
センター記入欄					

お子さんが病気の時に利用する予定のある方はご記入ください

(お子さんの名前：)

今まで受けた 予防接種		<input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 三種混合 (回) <input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (期) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン <input type="checkbox"/> その他 ()			
今までにかかった 主な病気		<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回 才・以降 回) 最後 年 月 才・座薬の支持 (なし・ある) <input type="checkbox"/> その他 ()			
かかりつけ医	普段受診している 医療機関	名称	診察日・診療時間		診察券番号
		住所	TEL		提供会員受診時の 委任状の有無
	有・無				
	上記の医療機関が休診の時に受診する 医療機関	名称	診察日・診療時間		診察券番号
住所		TEL		提供会員受診時の 委任状の有無	
有・無					
健康保険証番号			こども医療費受給者証等		
解熱剤の使用について			薬の飲ませ方		
その他特記事項					