

# 事前打合せ票

(用紙1)

コーディネート日：平成 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 年 月 日	歳 月 日
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"/> 麻疹風しん ( 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"/> 麻疹 (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	鍵について・・・			