

# 事前打ち合わせ内容

ふりがな			会員番号		記入日	R 年 月 日
会員名						
ふりがな		男・女	愛称		生年月日	H・R 年 月 日 ( 歳 カ月)
子どもの名前						
住所 電話番号	〒 —			Tel.	自宅	
					携帯	
勤務先				Tel. ( )		
緊急連絡先	①			Tel. ( )		
	②			Tel. ( )		
迎えに来る人	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ( )					
希望する 援助内容						
食 事 おやつ	食事	多・普・少	好きな食べ物			
	おやつ		苦手な食べ物			
アレルギー	食物	有・無・不明	[ ]			
	動物 植物	有・無・不明	[ ]			
睡 眠	夜	: ~ :	昼寝	習慣 有・無	: ~ :	
排 泄	尿意	知らせる・知らせない		便意	知らせる・知らせない	
	ひとりでする・促されてする・おむつ			ひとりでトイレでする・オマルでする・おむつ		
かかりつけの 病院	Tel. ( )					
保育所	名称		組		担任	
	住所				Tel. ( )	
その他 ・くせ ・好きな遊び ・知らせておきたい事等						
メモ						

- \* 本会の活動と趣旨の決まりを守りましょう。
- \* お互いのプライバシーは守りましょう。
- \* 約束した時間は必ず守りましょう。(開始・終了時間)
- \* 依頼した援助内容以外の仕事は要求しないでください。会員同士の助け合いですから、過度の期待・過度の負担を求めることはやめましょう。
- \* 個人情報の取り扱いには充分ご注意ください。

----- キ リ ト リ -----

まかせて会員連絡先

会員NO

会員氏名

住 所

電話番号

※ 個人情報の取り扱いには充分ご注意ください。

平 熱	℃
-----	---

予 防 接 種	(該当する□にチェックを入れてください)	予防接種の接種日	既往症
	<input type="checkbox"/> BCG	( H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎)	1回 ( H・R 年 月)	
		2回 ( H・R 年 月)	
		3回 ( H・R 年 月)	
		追加 ( H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (百日せき・ジフテリア・破傷風)	1回 ( H・R 年 月)	
		2回 ( H・R 年 月)	
		3回 ( H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎(ポリオ)	1回 ( H・R 年 月)	
		2回 ( H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 麻疹風疹(MR)混合		
		2期 ( H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		
		2回 ( H・R 年 月)	
		追加 ( H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌(一番最終の接種日)	( 回目・H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> ヒブ(一番最終の接種日)	( 回目・H・R 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下線炎(おたふく風邪)	( H・R 年 月)	( H・R 年 月)
	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	( H・R 年 月)	( H・R 年 月)
<input type="checkbox"/> 百日咳		( H・R 年 月)	
<input type="checkbox"/> 突発性発疹		( H・R 年 月)	
<input type="checkbox"/> その他(既に接種済みのものがあればご記入ください)			

以後、内容に変更・追加が生じた場合はお知らせください。