



中野区ファミリー・サポート事業特別援助活動 事前打ち合わせ票

会員の 情報	会員番号	ふりがな 会員氏名		
	自宅住所	中野区 (建物名)		
	自宅Tel	携帯Tel	Fax	
	勤務先 名称	自宅→勤務先までの所要時間		
	住所	(分)		
	Tel	()	内線	
会員 以外の 緊急 連絡先	氏 名		会員との続柄	自宅→勤務先 所要時間 分
	電 話			
	勤務先 名称			
	勤務先 Tel			
	氏 名		会員との続柄	備考
	電 話			
	氏 名		会員との続柄	備考
	電 話			
自宅から避難場所までの地図 (可能な限り保育園・かかりつけ医の所在地も記入してください)			家族構成	続柄
				本人
来客用駐輪場 あり・なし				

会員番号 _____

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		第 子	男女	平成 年 月 日
通所先	名称	かかりつけ医	名称	
	住所		TEL	
	TEL	かかりつけ医	名称	
名称	TEL			
住所	名称			
通所先	住所	かかりつけ医	名称	
	TEL		TEL	
	名称	名称		
出生時の情報	在胎週数 _____ 週 出生体重 _____ g 出産時 異常なし・あり ()			
予防接種	4種混合(DPT-IPV)	第1期：1回・2回・3回・追加 / DT2期		
	BCG	未・済	水ぼうそう	1回・2回
	Hib	1回・2回・3回・追加	日本脳炎	第1期：1回・2回・追加・第2期
	肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	おたふくかぜ	1回・2回
	MR (麻疹・風疹)	第1期・第2期	B型肝炎	1回・2回・3回
	その他	ワクチン名 ()		
既往歴	熱性けいれん なし・あり (回数： _____ いつ頃： _____) その他 _____			
入院経験	なし・あり (いつ頃： _____ 病名： _____)			
常時使用している 内服薬・塗布薬	なし・あり ()			
アレルギー	なし・あり ()			
	※食事制限 なし・あり ()			
家族歴	熱性けいれん既往 父 なし・あり () 母 なし・あり ()			
	アレルギー既往 父 なし・あり () 母 なし・あり ()			
保育上で 配慮する点	平熱 _____ °C			