



# 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	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	Hib	1回・2回・3回・追加	肺炎球菌	1回・2回・3回・追加
	B型肝炎	1回・2回・3回	ロタウイルス	1回・2回・3回 (5価のみ)
	4種混合(DPT-IPV)	第1期：1回・2回・3回・追加/2種混合(DT)第2期		BCG      未・済
	MR (麻疹・風疹)	第1期・第2期	水ぼうそう	1回・2回
	日本脳炎	第1期：1回・2回・追加・第2期	おたふくかぜ	1回・2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 _____ ℃			