

# 事前打合せ票

記入日： 年 月 日

江別市緊急サポートネットワーク

		会員番号	SCE
ふりがな	生 年 月 日		愛称・呼び名
児童氏名	男女	年 月 日	
会員氏名		歳 ヶ月	
自宅住所	(〒 ー ) マンション名	TEL	Fax
保育所 幼稚園 学校名	名称	TEL	
	住所	委任状 有 ・ 無	
放課後 児童クラブ (小学生のみ)	TEL	委任状 有 ・ 無	
緊急連絡先	1. 氏名		続柄
	勤め先		住所
	2. 氏名		続柄
	勤め先		住所
	3. 氏名		続柄
勤め先		住所	携帯TEL
かかりつけ医 (お子さん)	小児科	名称	診察券番号
		住所	委任状 有 ・ 無
		TEL	診療時間
	上記以外の 小児科 (休診時など)	名称	診察券番号
		住所	委任状 有 ・ 無
		TEL	診療時間
これまでにかかった主な感染症・病気 かかった病気に○をつけてください			
・突発性発疹 ・はしか ・風疹 ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・熱性けいれん(回数 回)最後はいつ?( 年 月)座薬の指示 有・無 ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・その他			
障がいの有無	ない ・ ある ( )		
入院したこと	ない ・ ある ( )		
常時使用している薬	ない ・ ある ( ) 薬の飲ませ方 ( )		
食事制限	ない ・ ある (具体的に )		
平熱		鍵について	
解熱剤を使う目安			
保護者の出勤時間	保護者の帰宅時間	好きな遊びなど	

※援助活動の実施にあたっては、両会員の間で十分に打ち合わせをして下さい。  
 ※この情報は必要に応じて緊急サポート時に援助会員に提供させていただきます。  
 上記の件について、承諾いたします。

1日の様子（食事・睡眠等）																			
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
食事	母乳・混合・ミルク・離乳食・普通食									排泄	オムツ・自立								
アレルギー	有 ・ 無										トレーニング中（ ）								
食物アレルギー	（ ）										普段の便の回数・状態								
ペットアレルギー	（ ）										回数 回								
その他アレルギー	（ ）										状態								
ペット	有 ・ 無 （ケージ 有 ・ 無 ）																		
脱臼のくせ	有 ・ 無									嘔吐しやすい	はい いいえ								
その他																			

**自宅付近の略図（自宅から学校、保育所、幼稚園まで）**

最寄の駅						バス停						駐車場					

※最寄り駅、バス停など目印になるものがありましたらお書きください。