

## 事前打ち合わせ用紙（利用会員）

援助を必要とするお子さん1人ごとにご記入下さい。本記載内容を利用し協力会員に援助依頼を行います。なお、下記の内容は秋田市ファミリー・サポート・センター会則第9条により守秘義務が発生します。退会する際は、ファミリー・サポート・センターへ返却してください。

会員名 秋田花子  
 会員番号 (センターで記入)  
 記入日 令和7年4月1日

## 秋田市ファミリー・サポート・センター会則抜粋

(守秘義務) 第9条 会員は、相互援助により知り得た他人の家庭の事情等については、プライバシーを侵害し、又は秘密を漏らしてはならない。

登録	病児	
	宿泊	
	早朝・夜間	

ふりがな	あきた みらい			愛称		性別
子どもの氏名	秋田 未来					男・女
生年月日	令和6年 3月 5日 (1才)			血液型	A・B・AB・O	(RH+) (-)
自宅	住所	秋田市〇〇一丁目△番■号		電話	800-0000	
	母親氏名	秋田 花子	勤務先	秋田市役所 (電話)		
	父親氏名	秋田 太郎	勤務先	秋田県庁 (電話)		
保育施設等	名称	△△△保育園		クラス(担任)		
	住所	秋田市〇〇三丁目△番■号		電話	800-0000	
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	備考: 勤務先名等		
	1 秋田 花子	母	090-0000-0000	秋田市役所		
	2 秋田 太郎	父	090-0000-0000	秋田県庁		
	3 小戸茂 明子	祖母	090-0000-0000			
援助依頼内容	残業や通院時に使いたい。					
食事	食事内容	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	食事量	ミルク	ml	離乳食	回	その他 ( )
	食事方法	<input type="checkbox"/> 手伝いが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 自分で食べられる (手づかみ・フォーク・スプーン・箸)				
	好き嫌い	好きな食べもの		〇〇〇〇〇	嫌いな食べ物 ×××××	
	おやつ	内容		☆☆☆☆☆	量 少なめ	
	食べてはいけない食品	特に無し				
アレルギー	食物アレルギー	無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	食物名	小麦	
	動物アレルギー	無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	動物名	猫	
	その他					
排泄おむつ	状況	オムツ・自立・ <input checked="" type="checkbox"/> トレーニング中			状況	
	便の回数等	1日 4回 ・ その他				
睡眠	時間・リズム	21時～6時、昼寝は13時～15時				
	寝つき・寝起き	だっこして眠る、寝起きにくする				
	注意すること	暗くして眠る、音に敏感				
好きな遊び	絵本、ごっこあそび					
怖がるもの	オニ、大きい音					
性格・くせ	人見知りがあります。					
チャイルドシート	協力会員へ貸し出すことが <input checked="" type="checkbox"/> できる ・ できない					
その他	(配慮が必要なことなど)					

裏面もご記入ください。

かかりつけ医	医療機関	名称 ○×△ 小児科	名称				
		住所 秋田市△町○番○号	住所				
		電話 800-0000	電話				
健康状態 既往症など	生まれつきの病気	<input checked="" type="radio"/> 無・有：病名					
	常用している薬	<input checked="" type="radio"/> 無・有：					
	熱性けいれん	過去 回（初回 才 か月 / 最後 才 か月）					
	平熱	中耳炎	<input checked="" type="radio"/> 無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了		喘息様気管支炎	<input checked="" type="radio"/> 無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了	
		ぜん息	<input checked="" type="radio"/> 無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了		アトピー性皮膚炎	<input checked="" type="radio"/> 無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了	
	36.5℃	その他	名称（ ） <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了				
		体質等	<input type="checkbox"/> 脱臼癖がある <input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> 日光湿疹がでる <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		発育状況等	気になることがあればご記入下さい：				
感染症罹患歴 および 予防接種状況	百日せき	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	ジフテリア	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	破傷風	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	
	ポリオ	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	麻疹	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	風しん	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	B C G	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	Hib 感染症	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	
	小児の肺炎球菌 感染症	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	ヒトパピローウイルス感 染症	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	水痘	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	その他 ( )	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	その他 ( )	<input type="checkbox"/> 無・有・接種	
災害時の 避難場所	〇〇小学校グラウンド						
その他							

自宅付近の地図を記入してください。