

# 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	_____
会員番号	_____
記入日	年 月 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				愛 称		性 別	
子どもの氏名						男・女	
生年月日	年 月 日 (才)			血液型	A・B・AB・O (RH+・-)		
自 宅	住 所			電 話			
	母親氏名		勤務先	(電話)			
	父親氏名		勤務先	(電話)			
保育施設等	名 称			クラス(担任)			
	住 所			電 話			
緊急連絡先	氏 名	続 柄	電 話 番 号	備考：勤務先名等			
	1						
	2						
	3						
援助依頼内容							
食 事	食 事 内 容	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input 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 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			嫌いな食べ物		
	お や つ	内容			量		
	食 べ て は い け ない 食 品						
アレルギー	食物アレルギー	無・有：食物名					
	動物アレルギー	無・有：動物名					
	そ の 他						
排 泄 おむつ	状 況	オムツ・自立・トレーニング中：状況					
	便の回数等	1日 回 ・ その他					
睡 眠	時 間 ・ リズ ム						
	寝つき・寝起き						
	注意すること						
好きな遊び							
怖がるもの							
性格・くせ							
チャイルドシート	協力会員へ貸し出すことが 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			名称		
		住所			住所		
		電話			電話		
健康状態 既往症など	生まれつきの病気	無・有：病名					
	常用している薬	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	無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了	喘息様気管支炎	無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了		
		ぜん息	無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了	アトピー性皮膚炎	無・有： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了		
	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	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	ジフテリア	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	破傷風	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	
	ポリオ	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	麻疹	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	風しん	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	
	日本脳炎	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	B C G	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	Hib 感染症	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	
	小児の肺炎球菌 感染症	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	ヒトパピローウイルス感 染症	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	水痘	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	
	B型肝炎	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	その他 ( )	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	その他 ( )	無・有・接種 <input type="checkbox"/>	
災害時の 避難場所							
その他							

自宅付近の地図を記入してください。