

事前打合せ票

記入日: 年 月 日

瑞穂市・本巢市ファミリー・サポート・センター

			会員番号	
ふりがな			生年月日	愛称・呼び名
児童の名	男 女	平成	年 月 日	
会員氏名			続柄	
アレルギー	有 無	排泄	オムツ	自立
食物アレルギー	()	トレーニング中()		
ペットアレルギー	()			
その他アレルギー	()	普段の便の回数・状態		
嘔吐しやすい	はい ・ いいえ	回数		回
脱臼しやすい	はい ・ いいえ	状態		
その他特記事項				

※以下は、病時・病後時にも預ける可能性のある方はご記入下さい。

かへ かお り子 つさ けん 医へ	小児科	名称	TEL		
		住所	診察券番号		
	その他	名称	TEL		
		住所	診察券番号		
予 防 接 種	三種混合	受けていない・受けた	(I期 1回 2回 3回 I期追加 2期)		
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた	
	はしか	受けていない・受けた	風しん	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
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 ・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					
入院したこと		ない ・ ある()			
常時使用している薬		飲ませ方			
食事制限		ある ・ ない (具体的に)			
健康保険証番号		その他			
乳幼児受給者証					
平熱					