

事前打合せ票

記入日： 年 月 日 瑞穂市・本巣市ファミリー・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・令和	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		
発達について	心配なことがある	心配なことはない		
療育センター	： 利用している	利用していた	利用していない	
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をご記入下さい。

か か お り 子 つ さ け ん 医	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 or 四種混合	受けていない・受けた	(1期 1回 2回 3回 ・ 1期追加 ・ 2期)	
	ヒブ・肺炎球菌	受けていない・受けた	(初回 1回 2回 3回 ・ 追加)	
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた
	麻しん・風疹 混合(MR)	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	その他	
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				