

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	
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	嘔吐しやすい	はい ・ いいえ
食物アレルギー	()	脱臼しやすい	はい ・ いいえ
ペットアレルギー	()		
その他アレルギー	()		
発達について 心配なことがある 心配なことはない 療育センター等の利用について ア 利用している() イ 利用していた() ウ 利用していない			
その他特記事項 (発達・排泄・既往歴など伝えておきたいこと)			

※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		
	その他	名称	TEL	
		住所		
予 防 接 種	四種混合 or五種混合	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	麻しん・風疹 混合(MR)	受けていない・受けた
	おたふくかぜ	受けていない・受けた	水ぼうそう	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		
平熱()	食事制限 ない・ある (具体的に)			
その他				

