

事前打ち合わせ記録表

記入日 年 月 日

会員番号		ふりがな 会員氏名		
住 所	〒 — — — — —			
TEL	() — —	携帯番号	— —	
緊急連絡先1	— —	【氏名】	(続柄)	
緊急連絡先2	— —	【氏名】	(続柄)	
勤務先	勤務先名			部署
	所在地			
	連絡先	() — —	内線	
ふりがな 子どもの名前			愛 称	男 ・ 女
生年月日	平成 / 令和 年 月 日生 歳			
通所施設名等	保育所・幼稚園・小学校名 等 TEL ()			
かかりつけの 病 院	病 院 名 担当医師名		TEL ()	
性 格				

※お子様の安全を考慮し、円滑に援助活動を行うために必要な書類です。
各項目に必ずご記入ください。
この書類は上記の目的以外には使用しません。

呉市ファミリー・サポート・センター

子どもの状況

※該当するものに✓してください。

食 事	量	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> あまり食べない	
	食べ方	<input type="checkbox"/> 1人で食べる	<input type="checkbox"/> 食べさせる		
	好きな食べ物				
	嫌いな食べ物				
	その他				
睡 眠	寝つき	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 悪い		
	寝起き	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 悪い		
	寝 方	<input type="checkbox"/> 一人で寝る	<input type="checkbox"/> おんぶして寝る	<input type="checkbox"/> 抱っこして	
	睡眠時間	就寝時刻	時	起床時刻	時
			平均睡眠時間	時間	
	その他（癖など）				
排 泄	おむつ	<input type="checkbox"/> トイレ誘導	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> 自立している	
	小便	<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	大便 <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない		
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立している	<input type="checkbox"/> 仕上げ磨き	<input type="checkbox"/> 磨いてあげる		
遊 び	好きな遊び				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 気管支喘息		<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		
	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎		<input type="checkbox"/> じんましん		
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー ()				
	<input type="checkbox"/> その他のアレルギー ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> アレルギーはない				
病 歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> おたふく風邪		
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん		
	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 喘息			
	<input type="checkbox"/> その他 ※これまでかかった大きな病気 ()				
発育について	健診を受けた際、経過観察等注意を要すると言われたことがありますか				
	<input type="checkbox"/> 特にない	<input type="checkbox"/> ある			
特に知らせておきたい事					

※お子様の安全のためにも、すべての項目にご記入をお願いします。