

票 せ 合 打 前 事

【依頼会員番号】

ふりがな				愛称		生年月日	年 月 日 (才)	
こどもの氏名								
住 所		〒 -			TEL (自宅) - (携帯)			
母親の氏名					勤務先 TEL			
父親の氏名					勤務先 TEL			
緊急連絡先		TEL			保険証 番号 記号		かかりつけの病院 TEL	
保育園・幼稚園 学校 学童保育名		TEL			担任氏名			
食 事	食べ方	1人で食べる 食べさせてもらう			遊 び	好きな遊び おもちゃ		
	食欲	ある	ない	むらがある		テレビ		1日 時間位見る
	偏食	ある	ない			その他		
	好きな食べ物				く せ 体 質 的 特 徴	爪かみ 指しゃぶり かみつき 等		
	嫌いな食べ物					ひきつけ アレルギー 自家中毒 便秘 消化不良 風邪をひきやすい 喘息気味 じんましん 嘔吐 鼻出血 その他薬の副作用 その他病名 ()		
	その他							
排 泄	オムツ	している していない			そ の 他	お子さんのことで気になることをお書きください。		
	おしえる	大便 小便	いつも	ときどき				
	1人で できる	大便 小便	いつも	ときどき				
	もらす	大便 小便	いつも	ときどき				
睡 眠	昼寝	する(1人で寝る 添い寝) しない			平熱 度→連絡が必要な体温 度			
	寝起き	よい わるい						
	くせ							
	その他							

(注) 援助活動の実施にあたっては、こどもの当日の状況等について依頼者と提供者の間で十分打ち合わせを行ってください。

※ 裏面に自宅付近および保育園、幼稚園、認定こども園、学校、学童保育までの経路の地図を記入してください。