

重要

海南市ファミリー・サポート・センター
依頼会員連絡先カード

記入日 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|--------|--------------|-----------------|-----|
| ふりがな | | | 会員番号 | | |
| 会員氏名 | | | - | | |
| 住所 | 〒 | | 自宅TEL: | | |
| | | | 携帯電話 | | |
| 緊急連絡先 | 第1連絡先 | 氏名 | 続柄 | TEL: | |
| | 第2連絡先 | 氏名 | 続柄 | TEL: | |
| かかりつけ医 | 小児科 | | TEL: | | |
| | 外科 | | TEL: | | |
| ふりがな | | | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| 児童氏名 | | | 西暦 年 月 日 | 才 カ月 | 男・女 |
| 保育園・幼稚園等 | 名称 | | 所在地・電話番号 | | |
| | | | 住所 | | |
| | クラス(組)名: | | | | |
| | 担任名: | | TEL: | | |
| 普段の様子 | お子さんはなんと呼ばれていますか? 愛称 () | | | | |
| | ●平熱 | ℃ | | | |
| | ●排泄 | 1人でできる | ついていてやればできる | できない(おむつ) | |
| | ●午睡 | しない | する(時頃 ~ 時頃) | | |
| | ●食事 | 朝 時頃 | 昼 時頃 | 夜 時頃 | |
| | 食べてはいけないもの () | | | | |
| | ●アレルギー | ない | ・ | ある(何のアレルギーですか?) | () |
| | ●常時内服及び内服時間(喘息、アトピー、痙攣止めなど) | () | | | |
| | ●子どもの癖 | | | ●動物 不可 | () |
| | ●好きな遊び | ●嫌いなこと | | | |
| ※熱性痙攣の経験がありますか? | | | | | |
| 初回 | 才 カ月 | 最後 | 才 カ月 | これまでに | 回 |
| その他、要望など | | | | | |

※この書類はサポート終了時には返却して下さい