

事前打ち合わせ内容

記入日 年 月 日

会 員 氏 名	(No.)
---------	--------

お子さんの情報

子どもの名前 生年月日	ふりがな 名前 (男・女) 生年月日 年 月 日生 ニックネーム () (歳 ヶ月)
保育所(園)・幼稚園 小学校・学童クラブ等	Tel
かかりつけの病院	Tel
平熱 血液型	℃ Rh () 型
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:)
今までにかかった 感染症	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 熱性けいれん
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物 (品名:) <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 薬 (種類:) <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> その他 ()
アナフィラキシー ショック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食事・おやつ	
睡眠	お昼寝はしますか? <input type="checkbox"/> する (どれぐらい?) <input type="checkbox"/> しない
排泄 (おむつ)	おむつ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし・トイレ自立 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 ()
その他特記事項	