

東根市ファミリー・サポート・センター 入 会 申 込 書

写真
貼付

平成	年	月	日	受付	会員番号	
----	---	---	---	----	------	--

会員種別	・ 利用会員		・ 協力会員		【職業】
ふりがな 氏 名	年 月 日生 (歳) 男・女				1 雇用労働者 (: ~ :)
現住所	〒 -				2 自営業 () 3 主婦 4 その他 ()
連絡先 (FAXの有無)	() () FAX 有・無	携帯番号 (緊急連絡先)	- - () ()		【資格免許等】
家族構成 (本人を除く)	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日 年 月 日 (歳)	勤務先・保育施設等 TEL -	健康状態・その他
			年 月 日 (歳)	TEL -	
			年 月 日 (歳)	TEL -	
			年 月 日 (歳)	TEL -	
			年 月 日 (歳)	TEL -	
			年 月 日 (歳)	TEL -	
			年 月 日 (歳)	TEL -	
			年 月 日 (歳)	TEL -	
援助内容 (時間・曜日)					
協力会員への 依頼条件など					
事前打合わせ	年 月 日 時頃希望 (年 月 日 予定・終了)				
預かれる子供 の年齢など	1、1歳未満 2、1歳以上～3歳くらいまで 3、3歳以上～就学前 4、小学生 5、その他(障害児の預かり)				

援助の必要な児童の状況

(フリガナ)
児童氏名 _____

生年月日：H 年 月 日生
才 カ月現在

健康 状 況	<p>*お子さんの健康状態 (良好 ・ 普通 ・ 弱い)</p> <p>*平熱は何度ですか (度) *身長 (cm) 体重 (kg)</p> <p>*現在、定期的な診察や投薬を受けていますか (いる ・ いない) 受けている場合 病名 ()</p> <p>*かかりつけ医院 () (Tel -)</p> <p>*今までにかかった大きな病気 ()</p> <p>*今までに受けた予防接種 (受けたものに○をつけてください) 三種混合 ・ はしか ・ ポリオ ・ おたふくかぜ ・ BCG その他 ()</p>
体 質 等	<p>*食物アレルギーはありますか (ある ・ ない ・ わからない) ある場合、食べてはいけないもの () 症状 ()</p> <p>*動物アレルギーはありますか (ある ・ ない ・ わからない) ある場合、動物名 () 症状 ()</p> <p>*その他 (例・皮膚が弱い、お腹をこわしやすい) []</p>
生 活 状 況 等	<p>*食事について ・ 食事の段階 (ミルク ・ 離乳食 ・ 普通食) ・ 離乳食の場合の段階 (初期 ・ 中期 ・ 後期) ・ スプーンの使用 (できる ・ できない ・ 手伝いが必要) ・ はしの使用 (できる ・ できない ・ 手伝いが必要) ・ 好きなもの () ・ 嫌いなもの ()</p> <p>*睡眠について ・ 生活リズム (時起床： 時就寝) ・ お昼寝 (する ・ しない) する場合 (時～ 時)</p> <p>*排泄について (あてはまるものに○をつけてください) 1、大、小便とも自分でできる 2、パンツ、ズボンの上げ下げなど手伝いが必要 3、自分でできないが知らせる 4、オムツを使用している (布 ・ 紙) 5、その他 ()</p> <p>*好きな遊び、おもちゃ (機嫌が悪い時の対処法など) []</p>
そ の 他	<p>*知っておいてほしいことなどがありましたら、記入してください。(くせなど) []</p>