

健康連絡票 (センター、協力会員提出用に2枚ご準備ください)

年 月 日 記入

会員番号	住所	携帯番号	子どもの名前（ふりがな）・愛称
会員名		自宅電話番号	年 月 日生 歳
在籍保育施設名	施設電話 施設FAX	緊急連絡先	勤務先と電話

お子さんの普段の様子を御記入ください

小学校未満のお子さんのみ記入

援助を希望するお子さん全員記入

食欲 ある 普通 小食
食事 ミルク 母乳 離乳食 普通食
睡眠時間 平均 時間
昼寝 AM 時～ 時頃
PM 時～ 時頃
寝起き 良い 悪い
悪い時の対応

排泄 便について 硬い 普通 軟らかい
尿について 1日の回数 回くらい
時間おきくらい

遊び 気に入っている遊びは？

機嫌 良い時の様子

悪い時の様子

その他

特に気をつけていること

健康記録

平熱 _____℃

食物アレルギー 無 有

食品名 _____

その他アレルギー 無 有

定期的に飲んでいる薬 無 有

()

病歴 ()

その他留意点

かかりつけの病院

小児科または内科名 _____

TEL _____

その他 _____

緊急時の手順

- ① 保護者に連絡（状況を説明し相談する）※ただし救急車の要請が必要と判断した場合は手配が先です。
- ② ファミリー・サポート・センターへの連絡
センター閉庁の場合は、新座市役所（048-477-1111）に電話。ファミリー・サポート・センターの緊急であることとご自身の名前と連絡先を伝えてください。
- ③ アドバイザーから折り返しの連絡をします。状況によってはアドバイザーも現地向かいます。

新座市ファミリー・サポート・センター（開設時間 9:00～16:30）

新座市役所内

TEL 048-424-8277（直通）