

# 状 況 調 査 票

平成 年 月 日

会員No.	会員氏名
-------	------

## 1. 家族について

住所	〒 _____ TEL _____ FAX _____					
(フリガナ) 保護者氏名	_____ 携帯 TEL _____					
勤務先	TEL _____					
(フリガナ) 配偶者氏名	_____ 携帯 TEL _____					
勤務先	TEL _____					
同居の家族構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
緊急連絡先	氏名 (フリガナ)		TEL		申請者との関係	

## 2. 援助の必要な子どもについて

(フリガナ) 子どもの名前	生年月日	H	年	月	日生
	(年齢)			( 歳	ヵ月)
生活習慣等	排泄 : おむつ・自立 (備考 ) 食事 : 介助・自立 (備考 ) その他 :				
体質 (アレルギー等)	平熱 度 分				
お薬の有無	有 無	※有の方のみ 服用について回数・量・時間帯等ご記入ください。			
既往歴 (既にかかった病気)	例 : 水疱瘡・はしか				
かかりつけの病院 ・担当医師等					
保険証	社保・共済組合 国保・その他 ( )		記号	番号	
保育園/幼稚園 学校/学童保育名	TEL _____				