



ファミリーサポート緊急連絡表

保護者名 _____

住所			
お子さんのなまえ		男・女	歳 ヶ月
お子さんのなまえ		男・女	歳 ヶ月
本日のサポート時間	午前・午後 時 分 ~	午前・午後	時 分迄

【緊急連絡先】 (必ず連絡のつく番号を記入してください)

	氏名	続柄	連絡先	電話番号
第1連絡先				
第2連絡先				
避難場所		かかりつけ医院	TEL:	

【本日の健康状態】

- ・現在の体温 度 分 (時間)
- ・今朝起きた時間 時 分頃 ~ 時 分頃
- ・普段、家での昼寝の時間 時 分頃 ~ 時 分頃
- ・今日、いつもと変わった様子はないですか? ない ・ ある

ある場合 (咳・鼻水・腹痛・食欲がない・便秘・下痢気味・その他)

【アレルギー】

- ・ない・ある ()

【ミルクのお子さん】

- ・最後に飲んだ時間 時 分頃 cc
- ・あげて欲しい時間 ※ 時頃 cc 飲ませて欲しい

【その他】 伝えておきたいことをお書きください。

※この用紙はサポート終了後に依頼会員に返却します。

【問い合わせ先】

塩尻市子育て支援センター 0263-53-3382
塩尻市北部子育て支援センター 0263-54-7701