

子育て短期支援事業

聞き取り票

No.	質問項目	お子さん 一人目	お子さん 二人目	
1	氏名ふりがな			
2	お子さんのお名前			
3	性別	男 ・ 女	男 ・ 女	
4	生年月日・年齢	<small>(生年月日)</small> 年 月 日 <small>(年齢)</small> 歳	<small>(生年月日)</small> 年 月 日 <small>(年齢)</small> 歳	
5	所属	小学校・幼稚園・保育園・こども園/所属なし	小学校・幼稚園・保育園・こども園/所属なし	
6	初回利用予定日			
7	利用目的			
8	アレルギーについて	有無	あり・なし	あり・なし
		品目		
		症状		
		服薬		
9	既往歴	有無	あり・なし	あり・なし
		病名		
		現在の状況		
		服薬		
10	家族構成	保護者氏名		
		世帯構成 <small>(例：父・母・兄・本人)</small>		
		連絡先	— —	— —
11	その他			

事業の利用において、記載された情報を実施施設に提供することについて同意します。

綾瀬市長 宛

保護者氏名 _____

年 月 日

続柄(父・母・その他())