

顔合わせ用紙（1）基本情報

日程 年 月 日 時頃

Kids エイド会員氏名		Kids エイド会員番号	
Kids エイド会員の自宅から利用会員の自宅まで 分 所要			
利用会員氏名		利用会員番号	
住 所	〒		
	TEL	携帯番号	
	FAX	E-Mail	
緊急連絡先 (携帯番号等)	名称	TEL	
	名称	TEL	
家族構成 (サポート対象の子どもの 詳細は別紙記入)	歳 (続柄)	歳 (続柄)	
	歳 (続柄)	歳 (続柄)	
	歳 (続柄)	歳 (続柄)	
(ペット)			
【サポート内容】			

【実費負担分】	交通費 (往復 ・ 片道)	円	食事 円
	おやつ 円	その他 ()	円

【緊急時連絡方法 及び サポート時の非難場所など】			
備考	※報酬の精算方法など		

(注) サポート活動の実施にあたっては、事前に当事者間（援助会員（Kids エイド）と利用会員の間）で子どもの当日の状況等について十分に打ち合わせをしてください。なお、打ち合わせ内容の確認が出来るよう、この用紙は援助会員（Kids エイド）が保管し、場合によってはコピーをとり、双方で保管してください。

事前打合せ費	円	左記料金を領収致しました。	
交通費	円	年	月 日
		Kids エイド会員番号 _____	
事前打合せ料金合計	_____ 円	Kids エイド氏名 _____ 印	

顔合わせ用紙（2- ）お子さまメモ

年 月 日現在

利用会員氏名		利用会員番号	
--------	--	--------	--

ふりがな		生年月日	年 月 日
子どもの なまえ		愛称	
保育園/ 小学校名	TEL Kids エイド会員の自宅から 分	クラス名	担任氏名
かかりつけ 医院名	TEL Kids エイド会員の自宅から 分	平 熱	℃
病歴 障がい アレルギー	好きな食べ物 好きなおやつ 食物アレルギー		
好きな遊び（キャラクターなど）	睡眠 起床 時ごろ 就寝 時ごろ 寝つき・寝起きは		
好きなテレビ・ビデオ	排泄（自立 ・ おむつ ・ トレーニング） 苦手なもの（怖がるもの）		
性格や子育てで気を付けていること、方針等			

（注）サポート活動の実施にあたっては、事前に KIDS エイドと利用会員の間で子どもの当日の状況等について十分に打ち合わせをしてください。なお、打ち合わせ内容の確認が出来るように、この用紙は KIDS エイドが保管し、NPO 法人 CCCNET @子育てコンシェルジェ事務局 TEL : 042-709-1837 FAX : 042-858-7053

病児サポート及び与薬依頼書

医師より在宅治療の許可ができました。

万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合はKids エイドの判断を了承します。

尚、利用者との連絡が取れず医師への受診後手術等の処置をする場合も医師等の判断を了承します。

平成 年 月 日

利用会員番号

利用会員名

印

子どもの 名前		性別	男	・	女
		生年月日	平成	年	月 日
医師への 受診の 結果	受診日	平成	年	月	日
	病院名				
	TEL				
	診断（病名） 指示				
前日の 様子 （症状の 経過）	症状				
	体温	時	分	度	
	食べたもの				
	排泄 その他				
今朝の 様子	症状				
	体温	時	分	度	
	食べもの・時刻				
	排泄、状態、時刻 その他				

保護者に代わって下記のとおり与薬をお願いいたします。

与薬方法： 食前 ・ 食後 ・ その他（ ）

指定時間（ 時間毎） 与薬の量

病児サポート活動報告書

- 1 援助実施日時 年 月 日 時 分 ~ 時 分
- 2 子どもの名前 () (歳) 男 ・ 女
- 3 病名 及び 病状 ()
- 4 サポート場所 利用会員自宅 ・ Kids 会員自宅 ・ その他 ()
- 5 サポート中の記録

時間	行動の流れ 睡眠 遊び 食事	体温 朝・昼・夕 随時	症状 活気・機嫌 顔色・全身状態	排泄 尿・便の 量や症状	経口摂取 水分・食事の 内容と量	服薬 処置	その他

6 報酬等

報酬	円	報酬内訳	単価 (円) × (時間)
交通費	円		単価 (円) × (時間)
食費	円		単価 (円) × (時間)
おやつ	円		
合計	_____ 円		
キャンセル料	_____ 円		

上記について確認いたしました

利用会員 会員番号 _____ 氏 名 _____ 印

上記料金を領収いたしました

Kids エイド 会員番号 _____ 氏 名 _____ 印

委任状

所 属	NPO 法人 CCCNET @子育てコンシェルジェ Kids エイド
会員番号	
住 所	
氏 名	

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

貴施設から体調不良のため呼び出しがあった

私の子ども _____ を迎えに行くこと。

委任登録日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

NPO 法人 CCCNET @子育てコンシェルジェ利用会員

会員番号

住 所

氏 名

印

施設名 「 _____ 」 御中

委任状

所 属	NPO 法人 CCCNET @子育てコンシェルジェ Kids エイド
会員番号	
住 所	
氏 名	

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ・私の子ども _____ の受診の付添及び診断結果を聞くこと。
- ・利用会員との連絡がとれず医師への受診等の処置をする場合も、医師の判断を了承します。

委任登録日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

NPO 法人 CCCNET @子育てコンシェルジェ利用会員

会員番号

住 所

氏 名

印

医療機関名 「 _____ 」 御中

医療機関 様

利用登録連絡書

この度、病児・緊急預かり@子育てコンシェルジェに利用登録いたしましたので、ご連絡申し上げます。

事業の内容は別紙説明文書のとおりです。

今後、医療機関受診に関する代理人である Kids エイド（下記参照）が子ども（ ）を貴医療機関に受診させることがあります。ご了承ください。お願い申し上げます。

Kids エイドへご指示いただいた内容の連絡の行き違いにより、子どもの容態の悪化があった際でも、医療機関に対し責任を求めることはありません。

なお、Kids エイドは医療機関に病状連絡票を提出するとともに、利用者からの委任状、Kids エイド会員証（写真付）及び病児・緊急預かり@子育てコンシェルジェ説明文書を持参いたします。

[Kids エイド名簿]

会員番号	氏名	住所	電話番号	備考

（有効期限：平成 年 月 日～平成 年 月 日（1年間））

平成 年 月 日

氏名： 印

住所：

電話番号：

平成 年 月 日

診断結果報告書

平成 年 月 日に (子どもの名前) _____ を

(病院名) _____ へ連れて行きましたので結果を報告いたします。

1 病名及び症状 (これから熱が上がるか等)

2 処方 (検査・注射をした等)

3 指示内容

- ・ 安静度

- ・ 食事、水分

- ・ 薬

- ・ その他

利用会員番号 _____

Kids エイド会員番号 _____

利用会員氏名 _____

Kids エイド名 _____

※ この報告書は、翌月5日までに提出して下さい

活動報告明細書

1 サポート活動内容 ※該当するサポート活動内容に○をお付けください
 保育 ・ お泊り保育

2 子どもの名前 _____ (_____ 歳) 男 ・ 女 ※保育・お泊り保育の場合

3 サポート内容の記録 _____年 _____月分

日	曜	開始～終了	時間	金額	食事	おやつ	交通費	その他	合計	サポート活動内容	確認
日数		日									

4 通信欄 サポートの予定 など

5 報酬等

報酬	円	報酬内訳	単価 (円) × (時間)
交通費	円		単価 (円) × (時間)
食費	円		単価 (円) × (時間)
おやつ	円		
合計	_____ 円		
キャンセル料	_____ 円		

上記について確認いたしました

利用会員 会員番号 _____ 氏 名 _____ 印

上記料金を領収いたしました

Kids エイド 会員番号 _____ 氏 名 _____ 印