様式第８号（第９条関係）

みよし市長　様

　　　年　　　月　　　日

援助活動状況届

私は、みよし市ファミリー・サポート・センターの援助会員として、援助が可能な状況を届け出ます

会員番号　　　　　　　　会員氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 援助できる  曜日・時間帯に、↕を記入して下さい。  週により予定が異なる場合等、備考欄に詳細をご記入ください。 | 時間帯 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 | 祝日 |
| 早朝  　6：00  　8：00  10：00  12：00  14：00  16：00  18：00  夜間 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| （備考） |  | | | | | | |  |
| 有資格 | 看護師　　保育士　　教諭　　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |  |
| 活動可能な  内容 | * 自宅での預かり　　　　　　　　□　子育てふれあい広場出の預かり * 依頼会員宅での預かり * 保育園・児童クラブ・習い事などの送迎（□車（市内、市外）□徒歩） * 病児・病後児預かりサポート　　□　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |  |

体調に関して自覚症状がありますか。

Ⅰ　　最近続いている自覚症状　＊該当する項目の（　）内に○を付けてください。

　　　１．（　）アレルギー性鼻炎・花粉症　　　５．（　）耳鳴り・難聴

　　　２．（　）アトピー・じんましん　　　　　６．（　）胃痛･胸やけ・吐き気

　　　３．（　）咳・息切れ・喘息　　　　　　　７・（　）便秘・下痢

　　　４．（　）頭痛・めまい　　　　　　　　　８．（　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅱ　　現在治療している病気がある方は病名をご記入下さい　病名：　　　　　　　（薬の服用　有・無）

Ⅲ　　生活習慣　（　）内に該当する項目に○を付けてください

　　　１．食欲　　　（　ある　　　　ない　）

　　　２．運動　　　（　毎日する　　たまにする　　全くしない　）

　　　３．睡眠　　　（　眠れる　　　眠れない　）

＊この問診票は心身の健康状態を把握し、適切な援助活動ができるかを把握するものであり

「個人情報保護法」を遵守して安全に管理します。