

事前打ち合わせ票

日程 年 月 日()
時間 午前・午後 時

会員番号		氏名		子どもとの続柄	
住 所	〒	—	(TEL)	—	—
	高知市		(FAX)	—	—
			(携帯)	—	—
緊急連絡先	①	(TEL)	—	—	(携帯) — —
	②	(TEL)	—	—	(携帯) — —
ふりがな		愛 称		生 年 月 日	
子どもの名前				年 月 日(才)	
保 育 園 幼 稚 園 小 学 校	保育園	保育園	(TEL)	—	—
	幼稚園	幼稚園			
	小学校	小学校		年	組(担任) 先生
児童クラブ	児童クラブ	児童クラブ	(TEL)	—	—
生活習慣	排泄・・・ ▶ 自立(大・小) ▶ おむつ ▶ トレーニング中 食事・・・ ▶ 離乳食 初期(1回食)・中期(2回食)・後期(3回食) ▶ 幼児食 介助・自立 (スプーン ・ 箸) ▶ 普通食 (好きな食べ物:) (嫌いな食べ物:) 食物アレルギー・・・ ▶ 無 ▶ 有 (除去食:) 睡眠・・・ ▶ 添い寝 ▶ 一人で寝る ▶ 抱っこで寝る ▶ 寝る時のくせ() 好きな遊び等・・・ () 気を付けて欲しい事()				
体 質	アレルギー・・・ ▶ 無 ▶ 有 動物() その他() 喘息・・・ ▶ 無 ▶ 有) 熱性けいれん・・・ ▶ 無 ▶ 有 最後(年 月) ひきつけ・・・ ▶ 無 ▶ 有 最後(年 月) 平熱・・・ (度) その他 () 既往症等 ()				
その他の確認事項	送迎場所駐車場・・・ 有 ・ 無 ・ その他() 現物準備・・・ 食事 ・ おやつ ・ おむつ ・ ミルク ・ その他() 実費を立て替えてもらうもの・・・ 交通費 ・ 食事代 ・ その他() 支払い方法・・・ 当日 ・ 月払い ・ その他()				
かかりつけの病院			(TEL)	—	—
			(TEL)	—	—
緊急時対策					
備 考					

※裏面もご覧下さい。

家族構成・好きな遊び・くせ・伝えておきたいことなど(自由記入)

事前打ち合わせで確認したこと(打合せ時にご記入ください)

(注)事前打ち合わせは子どもさんの安全の為に重要です。

緊急時の連絡先や行動なども依頼会員さんと援助会員さんの間で確認をしてください。

ファミリーサポートセンターの活動以外には利用しないでください。

本票は個人情報です。取扱いに十分に注意して保管し、必要が無くなったらセンターに返却して下さい。

こうちファミリーサポートセンター