

**事前打ち合わせ票**

会員番号 \_\_\_\_\_ 会員名 \_\_\_\_\_

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(ふりがな)		愛 称	
子どもの氏名		性 別 男 ・ 女	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所	〒 _____ 区 _____ TEL _____		
緊急連絡先 ①	氏 名	続柄	連絡先 (外出先・携帯・職場・知人宅等) TEL _____
緊急連絡先 ②	氏 名		連絡先 (外出先・携帯・職場・知人宅等) TEL _____
緊急連絡先 ③	氏 名		連絡先 (外出先・携帯・職場・知人宅等) TEL _____
留 意 事 項	アレルギーの有無	*アレルギーの有無 (ある・ない) *原因になるもの ( _____ )	
	食事 おやつ	* 与えてはいけない食べ物 ( _____ ) * その他 ( _____ )	
	睡 眠	*昼寝の有無 (する・しない)      *寝起きについて (よい・わるい) *その他 ( _____ )	
	排 泄	*排泄の意志表示ができる (はい・いいえ) *おむつの使用 (有・無) *その他 ( _____ )	
病 歴		かかりつけの 病 院	名 称 : _____ 所在地 : _____ 電 話 : _____
保育所、幼稚園、学校名等	名 称 : _____ 所在地 : _____ 電 話 : _____		
その他 (くせ、好み等)			

- \* 依頼会員は、事前打ち合わせや活動時に提供会員へ提示してください。
- \* 提供会員は、打合せや活動終了後は、依頼会員へ返却しましょう。
- \* 援助活動の実施にあたっては、子どもの当日の状況等について依頼会員と提供会員の間で十分に打ち合わせを行ってください。