

事前打合せ票

年 月 日 ()

住所 TEL

会員番号() 氏名

子どもの名前		平熱	血液型	愛称	生年月日
父親氏名			母親氏名		
援助内容	年 月 日() (: ~ :)				
	援助内容 ()				
緊急連絡先	1. TEL				
	2. TEL				
食事について	食 事	ミルクのみ・離乳食(1回・2回・3回)・幼児食・大人と同じ			
		一人で (食べる・食べられない)			
		量 (多い・普通・少ない)			
	食物アレルギー	有・無	アレルギーの内容()		
	偏 食	有・無	偏食の内容()		
睡眠について	お昼寝 (: ~ :) 夜 (: ~ :)				
	習慣・癖など				
排泄について	ひとりでできる・声をかけるとトイレでできる(時間の間隔 時間位)・オムツ				
	便意(知らせる・知らせない) 朝することが多い・食事の後することが多い				
	その他排泄に関して気になること:				
その他癖・好きな遊びなど					
保育所・幼稚園学校名及び所在地	在園(所)学校名:			担任名:	
	所在地:			TEL	
かかりつけの病院	TEL				
健康状態 (アトピー・喘息など健康面で気になること)					

＊援助活動実施にあたっては、当日の状況・子どもの様子等について、おねがい会員とまかせて会員の間で十分な打合わせを行い、両会員ともに了解のもとでサポートを行ってください。

きりとりせん

＊ まかせて会員連絡先

会員NO() 会員氏名

住 所 & TEL 住所 TEL