

事前打合せ書

日程 年 月 日

時間 午前・午後 時頃

依頼 会員	会員番号	氏名	住所・電話番号	
			電話: ()	
子ども 氏名	愛称()		男 女	生年月日
兄弟 の 氏名			()才	(備考)
			()才	
			()才	
緊急 連絡 先	氏名	続柄	連絡先	
			電話: ()	
			電話: ()	
			電話: ()	
かかりつけ医			電話: ()	
保育 施設 等	名称		住所・電話番号	
			電話: ()	
	組名:	担任:	その他:	
子ども につ いて	アレルギーについて: 無・有		食物アレルギー() ペットアレルギー() その他のアレルギー()	
	平熱:		熱性痙攣: 無・有(才 ヶ月の時)	
	食事: 普通食・離乳食・ミルク CC		おやつ:	
	食事について: 自分で食べる・食べさせる		離乳食()	
	睡眠:		午眠: 無・有(: ~ :)	
	排泄: オムツ(無・有)小便(自分で言う・時間を決めて誘う)大便(自分で言う・時間を決めて誘う)			
	好きな遊び:			
	嫌いなこと:			
	気をつけて欲しいこと:			
報酬のやりとりについて		その他(性格、くせ等)		

援助 会員	会員番号	氏名

活動予定日時	月 日()曜日	時から	時まで	・ 未定
活動内容				
緊急避難場所		備考		