

# 事前打ち合わせ内容

打ち合わせ日 平成 年 月 日

利用会員名		会員番号		協力会員名		会員番号	
(ふりがな)				男女	愛称	生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)
子どもの名前				男女	愛称	生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 — 自宅 TEL ( ) — 携帯 TEL ( ) —						
保護者の氏名 勤務先	父 氏名 勤務先 TEL ( ) —			母 氏名 勤務先 TEL ( ) —			
緊急時の 連絡先	①自宅電話		②携帯電話		③勤務先		
	④その他の連絡先		TEL ( )		—		
食 事 お や つ	食事	普通食 ( ) 離乳食 ( ) ミルク ( cc) / 1回			偏食 無・有 ( )		
	アレルギー 有 ( ) 無 ( )				おやつ		
睡 眠	昼	習慣 無・有 ( : ~ : )			夜	: ~ :	
排 泄	一人でする・促されてする・おむつ				トイレで・オマルで・手伝って		
	尿 意	知らせる・知らせない			便 意	知らせる・知らせない	
最近かかった病 気、健康面で注 意してほしい ことなど			家庭医 所在地 電 話	(内科)	※緊急時は、協力会員の判断で かかりつけの医院に連れて行 ってもよいかどうか  ( 可 ・ 不可 )		
	平熱			(外科)			
保育園・幼稚園 学校名等 所在地	TEL ( ) —				担任 氏名		
好きな遊び							
チャイルドシート・ジュニアシート	6歳以下のお子さんの送迎の際、車をご利用の場合はチャイルドシート装着が義務付けられております						
そ の 他 (くせ、好み アレルギー等)							

- \* 援助活動の実施にあたっては、子供の状況等について利用会員（お子さん同席）と協力会員の間で必ず前に、さらに当日、充分打ち合わせを行ってください。
- \* 前回から期間があいて、お子さんの発育状態などが著しく変わった場合は改めて事前打ち合わせを行なってください