

# 事前打合せ票


年 月 日

依頼会員	会員番号	氏名	住所・電話番号		
			(住所)		
			(電話)自宅： 携帯：		
	緊急連絡先	①(氏名)	(続柄)	(電話番号)	
	②(氏名)	(続柄)	(電話番号)		
提供会員	会員番号	氏名	住所・電話番号		
			(住所)		
			(電話)自宅： 携帯：		
援助対象児	子どもの名前	愛称 ( )		性別	生年月日
				男・女	平成 年 月 日 令和 ( 歳 月 )
	かかりつけ医療機関	(医療機関名) (所在地) (電話番号)		(医療機関名) (所在地) (電話番号)	
	保育所 幼稚園 学校等	名称	所在地・電話番号		
			(所在地) (電話番号)		
		(クラス名) (担任)			
	病歴				
	アレルギー	なし ・ あり (食物 動物 その他 )			
	食欲	旺盛 ・ 普通 ・ 少食 (好き嫌い)			
	排泄	・ トイレでできる (言葉で教える・動作で教える) ・ トイレトレーニング中 ・ おむつ使用 (交換 時間毎)			
	睡眠	(昼寝) 時～ 時 夜： 時～ 時 (眠いときの様子) (寝起きの状態)			
	好きな遊び				
	苦手なこと				
	性格・くせ				
気をつけてほしいこと					
その他特記事項					

活動日時	(初回) 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 (2回目以降)		
活動内容	( : ) ◆ ↓ ( : ) ▼		
	食 事	朝食 ( 時頃) 昼食 ( 時頃) 夕食 ( 時頃)	
	授 乳	1日 回 CC	
	おやつ	なし ・ あり ( 時頃)	
依頼会員が 用意するもの			
提供会員が 用意するもの			
その他の 確認事項	予定報酬額 実費分 (交通費・食事代・おやつ代など) 引渡し場所 (駐車場)		

地図 (援助活動に必要な場合に記入してください。)

- ・ 保育所・幼稚園及び依頼会員宅・提供会員宅付近の地図などを記入してください。
- ・ 駐車場や車を止めてもよい場所もあわせてご確認ください。

北 
--

※依頼会員が記入し、打合わせに持参してください。

※事前に写しをとるなどして、打合わせ後は依頼会員と提供会員がそれぞれ 1 部持っておいてください。