

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)			
※サポート中に連絡がとれる番号をご記入ください。						
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)		(医療機関名)		
		(所在地)		(所在地)		
			(電話番号)		(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	<ul style="list-style-type: none"> ・ トイレのできる (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)		
活動場所			
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部持っておいってください。