

事前打合わせ内容票

コピーを取って記入してください

(ホームページでダウンロードができます。)

□この書類は、入会時に提出の必要はありません。依頼後の事前打合わせに記入し、ご持参ください。

□お子さん一人につき1枚ずつ記入してください。

□援助活動開始前に協力会員に渡し、終了後に返却してもらってください。

□内容が変更になったら作り直してください。

記入日 年 月 日

会員番号	—		八千代市ファミリー・サポート・センター	
ふりがな			住所:	
会員氏名			電話: ()	
活動中必ず連絡がつく連絡先	氏名又は名称	続柄	電話番号	
	①			
	②			
	3か所記入してください	③		
ふりがな			愛称	年 月 日
こどもの名前	男 ・ 女		生年月日	(歳 ヶ月)
保育施設・学校等	施設名:	保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校(学童)		
	所在地:	電話: ()		
	クラス名:	担任名:		
食事	内容	母乳	ミルク	離乳食 普通食
	好きな食べ物			
	嫌いな食べ物			
	食物アレルギー	無	有 ()	
排泄	おむつ	トレーニング中	手伝いが必要	自立
昼寝	しない	時々する	決まった時間にする()時頃	
好きな遊び				
性格・くせ・怖がるもの	例) 大きな音を怖がる。人見知りをする。			
気を付けて欲しい事	例) 急に走りだす。			
かかりつけの医院			電話: ()	電話: ()
平熱	度 分			
健康上の留意点	アレルギー	無	有 ()	
	既往症(ぜんそく等)	無	有 ()	
	その他特記事項			