

# 事前打合せ票

年 月 日 記入

会員番号	依頼会員氏名

ふりがな		生年月日	年齢	呼び名
子どもの氏名	男 女	年 月 日	歳 ヶ月	

住所	TEL — — 携帯 TEL — —			
緊急連絡先	< > 続柄( ) TEL — — < > 続柄( ) TEL — —			
食事・ミルク・おやつ等	睡眠(昼寝等)	排泄(オムツ、トイレの使用など)		
かかりつけ医師・医院	TEL — —		平熱	
アレルギーについて				
* 食物アレルギー なし・あり ( )				
* 動物アレルギー なし・あり ( 犬 ・ 猫 ・ その他 )				
* その他のアレルギー ( )				
保育(幼稚)園・学校名	クラス名			
TEL — —	担任氏名			
注意して欲しい事(健康面・病歴等)				
その他(好きな遊び・伝えておきたい事など)				

※援助活動の実施に当たっては、両会員の間で充分打合せをしてください。  
 ※記載された情報は個人情報です。用紙は厳重に管理し、この活動以外には利用しないでください。