事 前 打 合 せ 票　　　　 　　　　　　 年　　月　　日　記入

 会員番号　　　依頼会員氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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。