

事前打ち合わせ票①

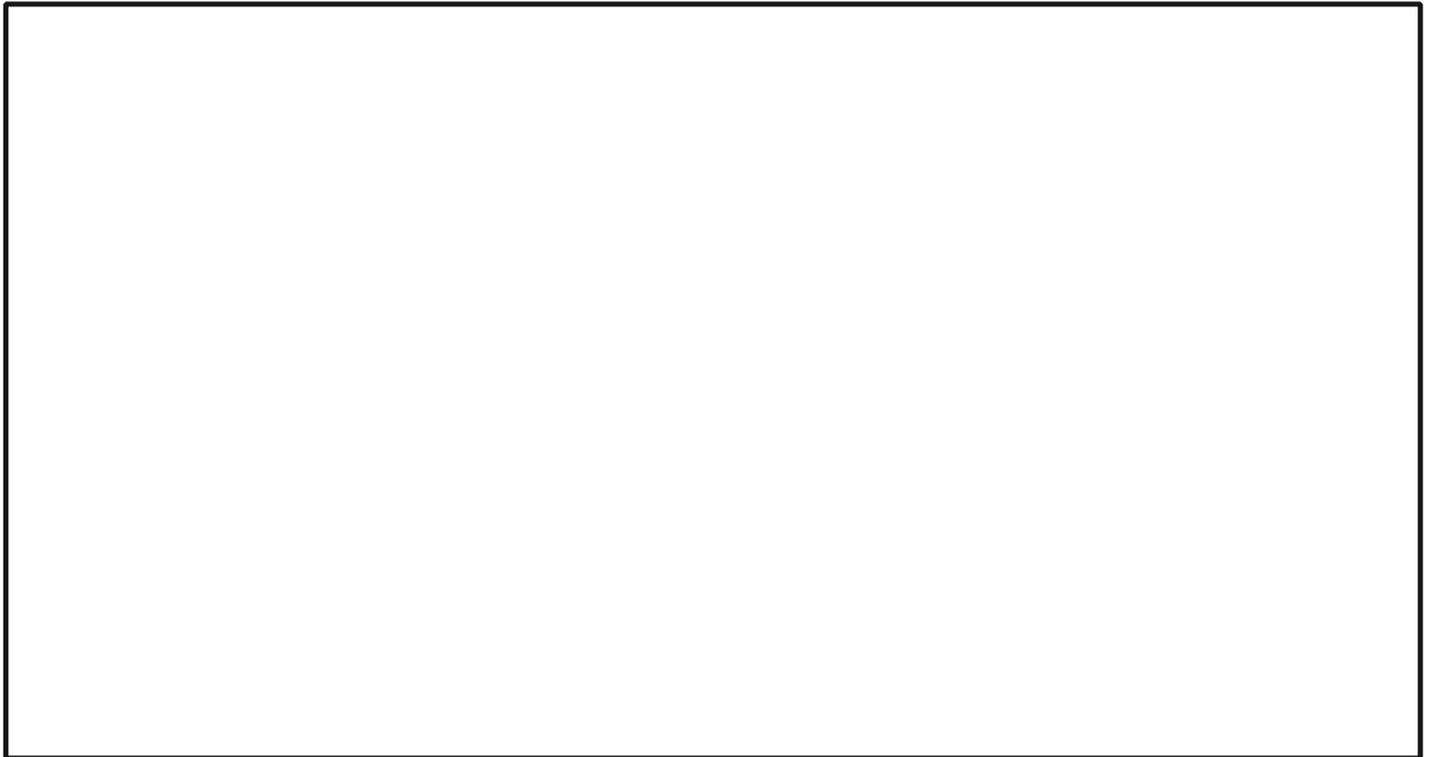
記入日 年 月 日

会 員 番 号		会 員 氏 名	
住 所	〒		
電 話 番 号			
メールアドレス			
緊急連絡先①	名前	続柄()	電話番号
緊急連絡先②	名前	続柄()	電話番号
こどもの名前 (愛 称)	()	()	()
生 年 月 日 性 別	年 月 日 男 ・ 女	年 月 日 男 ・ 女	
保 育 所(園) 幼 稚 園 学 校 等(学 童)			
病 歴 ア レ ル ギ ー			
食 事	ミルク・離乳食・普通食・他()	ミルク・離乳食・普通食・他()	
お 屋 寝	有・無 : ~ :	有・無 : ~ :	
排 泄	おむつ・トレーニング中・自立	おむつ・トレーニング中・自立	
好きな遊び			
その他お伝えしたいこと			
かかりつけ 医療機関	TEL		
	TEL		
	TEL		

事前打ち合わせ票②

(地図)

援助活動に必要となる地図(自宅から保育所までの経路地図や保育所・自宅付近の地図など)をご記入ください



(メモ)



★依頼会員が記入し、事前打ち合わせのときに持参し協力会員に渡してください (センターへ提出する必要はありません)

★緊急連絡先は必ず連絡がつくように、2ヶ所記入してください。

★病歴は今までに罹った伝染性疾患(突発疹、麻疹、水痘、おたふく風邪等)や食物アレルギー、脱臼しやすいなど、知らせておくべき既往症をご記入ください。

★最近の健康状態として機嫌、熱、便の状態、怪我をしている等、いつもと違うことがあれば知らせておく必要があります。

★「事前打ち合わせ票」は個人情報です。協力会員は責任をもって保管してください。

★退会する場合は速やかにセンターへ連絡し、

その後、事前打ち合わせをした会員に連絡の上「事前打ち合わせ票」の取り扱いについて決定してください。