

事前打ち合わせ表

◆依頼会員の方は、この書類にあらかじめ記入し、打ち合わせ日にご持参ください

会員番号		打ち合わせ日時	
依頼会員名		20__年 月 日() : ~	
住所	〒	電話	
緊急連絡先①		緊急連絡先②	
緊急連絡先③			
(名前)	(名前)	(名前)	
(子どもとの関係)	(子どもとの関係)	(子どもとの関係)	
(電話)	(電話)	(電話)	
サポートの日時	20__年 月 日() : ~ :		
サポート内容			
【援助を必要とする児童①】		【援助を必要とする児童②】	
ふりがな		ふりがな	
子どもの名前	男・女	子どもの名前	男・女
生年月日	年齢	生年月日	年齢
20__年 月 日	歳 カ月	20__年 月 日	歳 カ月
園・学校名	【名称】	園・学校名	【名称】
	クラス() 組) 担任() 先生)		クラス() 組) 担任() 先生)
	【電話】		【電話】
	【所在地】		【所在地】
かかりつけ医	【名称】	かかりつけ医	【名称】
	【電話】		【電話】
	【所在地】		【所在地】
平熱	℃	平熱	℃
アレルギー	無・有()	アレルギー	無・有()
その他疾患		その他疾患	
食事	離乳食・普通食	食事	離乳食・普通食
お昼寝	しない・する() 時頃~() 時頃)	お昼寝	しない・する() 時頃~() 時頃)
排泄	おむつ・自立	排泄	おむつ・自立
好きな遊び		好きな遊び	
備考(活動中に注意してほしいことなど)		備考(活動中に注意してほしいことなど)	

◆依頼会員と援助会員は事前打ち合わせをした通りの内容で活動します。

◆援助会員は依頼会員について知り得た情報を必要な機関(医療機関等)を除き、多言しません。

◆何らかの事情で活動内容に変更があった場合は、依頼会員がセンターに連絡するものとします。