

# 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 3か所記入してください	氏名又は名称	続柄	電話番号	
	①			
	②			
	③			
ふりがな			愛称	年 月 日
子どもの名前	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			