

事前打合せ票

平成 年 月 日 実施

ここに記入された内容は個人情報です。取り扱いには、くれぐれもご注意ください。

会員番号		利用会員 氏名			
住 所	〒				
電話番号	自宅		携帯		勤務先名 連絡先
	緊急連絡先	第1		TEL	()
		第2		TEL	()
	かかりつけの 医療機関	.		TEL	()
.		TEL	()		

❖ 子どもの情報 ❖

(ふりがな) 氏 名 (愛称)	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
保育施設・学校名 学年・組	TEL ()		

子どもの様子	平熱	℃		
	体質	アレルギーの有無 ※詳細		
		最近かかった病気		
	食事	母乳・ミルク・離乳食・普通食 ※詳細 (離乳食の進み具合、好き嫌いなど)		
	排泄	おむつ・自立 ()		
	遊 び	好きなこと		
		苦手なこと		
その他 (子どもの性格や心身の状況など気になること、伝えておきたいこと)				

※利用会員が記入のうえ、3枚ご準備ください (利用会員、協力会員、事務局で各1枚保管します)。
 当日は、利用会員がこの用紙の記載内容にそって説明します。
 ※依頼内容に変更があったときや、久しぶりの依頼の場合は、改めて記入し提出してください。