

## 事前打ち合わせ用紙

【打ち合わせ日】 年 月 日

依頼会員	会員番号		氏名	
	住所・電話番号	電話:		
(ふりがな) 子どもの名前				
生年月日	平成 年 月 日 ( 歳 か月)			
緊急連絡先		電話番号		
援助日・時間	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分			
援助内容				
食事・おやつ				
睡眠				
排泄 (おむつ)				
病歴		かかりつけ医		
保育所・幼稚園・ 学校等		担任氏名		
その他特記事項 (くせ・好み・ア レルギー等)				

※サポート活動にあたって気になること、不安なことを残さないよう、事前の打ち合わせを十分に行ってください。(ご自身で判断しにくいことがございましたら、事務局までお問い合わせください。)

※個人情報です。取り扱いには十分にご注意ください。