

年 月 日

事前打ち合わせ内容

ふりがな		男・女	愛称	生 年 月 日	
子どもの名前				年	月
依頼会員		電話番号 (携帯・自宅)			
住 所	〒 ー 尾鷲市				
緊急連絡先		ふりがな 氏名	続柄	連絡先	
	①			携帯電話 勤務先名 勤務先電話番号	
	②			携帯電話 勤務先名 勤務先電話番号	
	③			携帯電話 勤務先名 勤務先電話番号	
依頼内容					

【こどもについて】

食事	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク(時間程度で ml飲む)	<input type="checkbox"/> 離乳食	<input type="checkbox"/> 普通食
	<input type="checkbox"/> 依頼しない	<input type="checkbox"/> 援助会員に依頼する	<input type="checkbox"/> 必要時依頼する	
おやつ	<input type="checkbox"/> 依頼しない	<input type="checkbox"/> 援助会員に依頼する	<input type="checkbox"/> 必要時依頼する	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある(内容:)		<input type="checkbox"/> なし	
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> トレーニング中 (<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない)	<input type="checkbox"/> 自立	
睡眠	就寝 時 ~ 時 起床		寝る時のくせ()	
	お昼寝	<input type="checkbox"/> している(時 ~ 時頃)	<input type="checkbox"/> していない	
好きな遊び				
苦手なこと				
性格				
既往歴				
かかりつけ医	電話番号			
通っている園又は学校	園	担任名		
	小学校	電話番号		
備考	【配慮が必要な事・気になる事などがあれば書いてください】			

- * 援助活動の前に、子どもの状況等について依頼会員と援助会員の間で十分な打ち合わせを行ってください。
- * 報酬の支払いについては、援助活動終了後その場でお支払いしていただくことが原則です。
- * 依頼会員・援助会員ともに、知り得た個人情報については、外部の人に話さないようお願い致します。
- * この用紙の取り扱いについては、個人情報になるので十分な配慮をお願い致します。
また、援助会員は退会時には、必ず事務局にお返しく下さい。