

(様式4号)

事前打ち合わせ票

記入日 (年 月 日 曜日)

記入者 ()

ふりがな			生年月日	年 月 日	
子どもの名前	(愛 称)			歳 カ月	
住 所			電話番号		
ふりがな			連絡先		
母親の名前					
ふりがな			連絡先		
父親の名前					
緊急連絡先 *上記以外の連絡先					
兄弟姉妹 について	名 前		年 齢	歳	備 考
	名 前		年 齢	歳	
	名 前		年 齢	歳	
保育所・幼稚園・ 小学校について	名 称			クラス名	
	所在地			担 任	
生活のリズム	6:00 9:00 12:00 15:00 18:00 21:00 24:00				
食事について	・自分で食べる・食べさせる ・アレルギー 無 有 () ・好き嫌い 無 有 ()				
排泄について	・オムツ 有 無 ・トイレ 自分で言う・時間を決めて誘う ・その他 ()				
健康状態 について	・平 熱 度 分 ・熱性けいれん 無 有 (歳 カ月の時) ・その他 ()				
かかりつけの 医院	名 称			電話番号	
	所在地				
備 考	ペットアレルギー： 無 ・ 有 ()				

*援助活動の実施にあたっては、子どもの当日の状況などについて十分に打ち合わせを行ってください。