

事前打ち合わせ書

日程 平成 年 月 日

時間 午前・午後 時頃

***利用会員は太枠の部分のみご記入ください**

利用 会員	氏 名 (ふりがな)		住所・電話番号
	()		携帯電話: ()
子ども 氏名	ふりがな()		愛称()
	歳	ヵ月	

***以下サポート会員によるヒアリング**

子 ど も に つ い て	アレルギーについて: 無・有	食物アレルギー() その他のアレルギー()
	平 熱:	排泄: おむつ・おむつと自律・自律 回数(/日)
	食 事: 母乳・人工乳・混合・離乳食・普通食(介助有・介助なし)	
	好きな食べ物:	嫌いな食べ物:
	午睡時間:する(時頃 時間程度 その時の癖や習慣) しない	
	お預かりしている時の過ごし方:	
	気をつけて欲しいこと:	
	薬について: 粉薬(散薬)・水薬・錠剤 (いづれかに○をつけて下さい)	
	既往歴:	
利 用 状 況	どのような場合に利用したいか:	
	サポートの時間帯と曜日:	
	勤務時間延長時の利用の流れ:	
	その他の場合:	

※病児(安定期)保育の場合

例) 利用会員自宅にて保育	
病時・病後時の流れ:	
*子どもの容態が急変した場合、利用会員と連絡が取れない等、判断をおおげない場合は、サポート会員は事務局と医療機関の指示により、病院を受診することがあります。	
同意する	同意しない
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	
備 考	