

尼崎市ファミリーサポートセンター あて

NO. _____

事前打ち合わせ票

次回 援助活動をお願いする方の詳細です。

※ お子さん 1人につき1枚ご記入ください。

令和 (20)年 月 日

ふりがな 子ども氏名		生年月日	平成・令和 西暦	年	月	日	男・女
ふりがな 保護者氏名		緊急連絡先	— —				
住所	〒 —						
	TEL	()					
	FAX	()	携帯	—	—		
保育施設名・住所 クラス・担任名	Tel						

子どもの呼び名	
性格	
病歴	
かかりつけの病院	Tel
健康状態について	平熱 度
食事・ミルクの量や時間帯 好き嫌い・食物アレルギーの状態	
ペット等の動物アレルギー	有 ・ 無
睡眠	
起床・就寝時間・お昼寝など	
排泄 (おむつなど)	
好きな遊び	
その他必要なことがあれば 記入してください	

利用 頻度	週 回	月 回	位	時々	何かあった時
利用 内容	() ①保育施設等への送迎			通勤手段・ 最寄駅	
	() ②保育施設等開始までの預かり			通 勤 時 間	
	() ③ " 終了後の預かり			勤 務 時 間	
	() ④児童ホームや学校終了後の預かり			食 事	要 ・ 不要 持参する・しない
	() ⑤学校行事や買い物など外出時の 預かり			おやつ	要 ・ 不要 持参する・しない
	() ⑥その他			お迎えの人	
その他					

※この個人情報は尼崎市ファミリーサポートセンターの活動に必要な場合のみ使用するもので、その他の目的に使用することはありません