

事前打ち合わせ書

記入日 年 月 日

お願い 会員	会員番号	ふりがな		
		氏名		電話:
緊急時	ふりがな		続柄	連絡先:
	名前:			
(ふりがな) 名前 (第 子)		(ふりがな) 名前 (第 子)		送 迎
年 月 日生 歳 ヶ月 (男・女)		年 月 日生 歳 ヶ月 (男・女)		
アレルギーについて: 無・有		アレルギーについて: 無・有		チャイルドシート: 有・無 ・ファミサポ事務局より 貸出可 事務局へご連絡下さい。 ☎080-1786-4385
食物アレルギー		食物アレルギー		
その他のアレルギー		その他のアレルギー		
平熱: °C		平熱: °C		迎え場所: 引き取り相手:
食事 (有・無) 方法等 おやつ		食事 (有・無) 方法等 おやつ		
ミルク: (有・無)		ミルク (有・無)		送り先場所: 引き渡し相手: サポート終了は ※子どもの入室確認。 ※担当者へ対面で引き渡す。 ※子どもを屋外で1人にしない。 その他
排泄方法:		排泄方法:		
睡眠時のクセなど:		睡眠時のクセなど:		
泣いた時の対応(好きな遊びなど)		泣いた時の対応(好きな遊びなど)		
かかりつけ医:		かかりつけ医:		
病歴:		病歴:		
けいれん: (有・無)		けいれん: (有・無)		
学校名 保育園名		学校名 保育園名		

サポート日時	サポート場所	避難場所
年 月 日() : ~ :		
年 月 日() : ~ :		
年 月 日() : ~ :		

※個人情報の為サポート終了後、ファミサポ事務局へ提出お願い致します。

※災害時は 災害用伝言ダイヤルを活用します。(0980870655で登録)