事前打ち合わせ内容

依頼会員が記入し、顔合わせの際に**援助会員**とご確認ください。

会員番号	

会員情報	氏名	ふりがな	住所	豊中市 電話： 携帯：　　FAX：

緊急連絡先		氏名	連絡先（勤務先の場合、名称を記入）
	①	ふりがな 続柄（　　）	①（　　） ②（　　）
	②	ふりがな 続柄（　　）	①（　　） ②（　　）
	③	ふりがな 続柄（　　）	①（　　） ②（　　）

【事前打合せ日：　２０　　年　　月　　日　　：　～　　：　　】

子どもの情報	氏名	ふりがな 男 女	生年月日	20　　年　　月　　日 （　　歳　　ヶ月）
保育所・幼稚園・小学校など	名称： （TEL）		学年・組： 担任名：	

子どもについて	アレルギー/　無　・　有（食物アレルギー：　　・その他アレルギー：　　）	
	平熱/　　℃	排泄/ オムツ　・トイレ（一人で・大人と）
	食事/・ミルク（　　時間毎）　・離乳食 好き嫌い/　なし・あり（　　）	性格/
	おやつ/	昼寝/　　時～　　時頃
	好きな遊び/	苦手なこと/
	既往歴/	
かかりつけ医	電話	
援助内容	**（センターに依頼している援助内容をご記入ください）**	

これより下は打合せ時に記入してください

確認事項	□食事代・交通費	・食事代（　　円）　・交通費（　　円）
	□キャンセル料	・前日までは無料（確認可能時間/　　：　　迄）・無断キャンセルは全額 ・当日キャンセルは半額
	□災害時の避難場所	①　　②

メモ

※お子さんの年齢や状況によって必要のないと思われる情報は空欄のままにしてください。

※この用紙は、コーディネート終了となった場合、【 **センターに返却 ・ 依頼会員自身で回収** 】します。

2022.1.17 改訂