

様式5

事前打合せ票

女子医大・東京医大ファミリーサポート室

打合せ日: 年 月 日( )  
時間: 時 分～ 時 分

※太枠内のみ記入し、事前打合せにお持ちください。

依頼会員	会員番号		緊急連絡先 ①	
	ふりがな		緊急連絡先 ②	
			緊急連絡先 ③	
	住所			
ふりがな	年 月 日生 (オケ月)	年 月 日生 (オケ月)	年 月 日生 (オケ月)	
子どもの名前				
保育施設名				
施設電話番号				
クラス名				
担任名				
援助活動内容	*一時預かり保育 *病児・病後児保育 *お泊り保育	*一時預かり保育 *病児・病後児保育 *お泊り保育	*一時預かり保育 *病児・病後児保育 *お泊り保育	*一時預かり保育 *病児・病後児保育 *お泊り保育
好きな遊び				
嫌いなもの 怖がるもの くせ				
病歴・ 常用の薬	平熱( °C)	平熱( °C)	平熱( °C)	
生活	食 事	・ミルク ・離乳食 ・普通食 アレルギー	・ミルク ・離乳食 ・普通食 アレルギー	・ミルク ・離乳食 ・普通食 アレルギー
	睡 眠	寝つき・寝起き	寝つき・寝起き	寝つき・寝起き
	排 泄	・おむつ ・トレーニング ・自立	・おむつ ・トレーニング ・自立	・おむつ ・トレーニング ・自立
かかりつけ 病院・電話				

- 連絡先の交換・確認
- 災害時等の対応について確認
- 支払方法について ・当日終了時 ・1か月まとめて
- 留意点
- その他(移動・交通費)
- 提供会員へ1時間分の報酬の支払い \_\_\_\_\_ 円

以上の援助活動の内容を確認しました。活動が終了した場合、提供された個人情報とは適正な手段により速やかに破棄します。

確認日 年 月 日

依頼会員: 番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

提供会員: 番号 T \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

コーディネーター \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_