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。　　２００　　(平成　　)年　　月　　日

ふりがな 子ども氏名		生年月日	西暦　　年　月　日 平成　　年（　　才　ヵ月）	男・女
ふりがな 保護者氏名		緊急連絡先	ー　　ー	
住所	〒　　ー TEL　　(　　) FAX　　(　　)　　携帯　　ー　　ー			
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	タバコ	可　・　不可
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 (　)②保育施設等開始までの預かり (　)③　〃　終了後の預かり (　)④児童ﾎｰﾑや学校終了後の預かり (　)⑤学校行事や買い物など外出時の預かり (　)⑥その他	通勤手段・最寄駅		
		通勤時間		
		勤務時間		
		食事	要　・　不要	持参する・しない
		おやつ	要　・　不要	持参する・しない
		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