

尼崎市ファミリーサポートセンター 様

No. _____

事前打ち合わせ票

※ こども1人につき1枚御記入ください。

令和 (20)年 月 日

ふりがな こどもの氏名		生年月日	平成・令和 西暦 年 月 日 年(才 ヵ月)	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			

こどもの呼び名	
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 位	月 回 位	時々	何かあった時	
利 用 内 容	()①保育施設の保育開始前の預かり	通勤手段・最寄駅			
	()②保育施設の保育終了後の預かり				
	()③保育施設等までの送迎		通勤時間		
	()④放課後児童クラブ終了後のこどもの預かり		勤務時間		
	()⑤学校の放課後のこどもの預かり		食 事	要 ・ 不要	持参する・しない
	()⑥冠婚葬祭や他のこどもの学校行事の際のこどもの預かり		おやつ	要 ・ 不要	持参する・しない
	()⑦買い物等外出の際のこどもの預かり ()⑧その他		お迎えの人		
その他					

※ 御記入いただいた情報は、尼崎市ファミリーサポートセンター事業に係る場合のみに利用するもので、他の目的で利用いたしません。