事前打ち合わせ票

日常生活支援事業（子育て支援利用者記入）

（打ち合わせ日）令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生　年　月　日	年　齢
子どもの名前		男 ・ 女	平成・令和 年　　月　　日	歳
登録番号		登録者氏名		
住　　所	〒 区　　Tel（　　）　　－			
援助の日時	令和　　年　　月　　日　　曜日（初回） 午前　・　午後　　時　　分 ～ 午前　・　午後　　時　　分			
援助の内容	1　家庭生活支援員宅で預かり　　2　保育施設へ送り　　3　保育施設等へ迎え 4　学校・学童へ送り　　5　学校・学童へ迎え　　6その他（　　） ※該当するものすべてに○			
食事提供等の希望	好きなもの・嫌いなもの・食べさせたくないもの			食　　費 円
援助の理由				
道　　順				交　通　費 円
保育施設等 (学校・学童)	名　　称 担当者名			

病　　歴	
平　　熱	
睡　　眠	
排　　泄	
アレルギー等	
好きな遊び・おもちゃ	
困った時の対応	泣いた時、パニックなどを起こした時の対応
その他の特記事項	（健康面で注意してほしいこと）
かかりつけの医院・医師	名　称 所在地
緊急連絡先	①名称　　(関係)　　TEL（　　） ②名称　　(関係)　　TEL（　　）
特記事項	（災害時の避難場所など）

①援助活動の実施に当たっては、子どもの当日の状況等について利用者と家庭生活支援員の間で十分に打ち合わせを行ってください。

②この情報は、本人の同意を得ることなく第三者に開示・提供することのないように、取り扱いにはご注意ください。

③上記の内容に変更が生じた際には、随時最新の情報を更新するようにしてください。

④この情報は、日常生活支援に関する目的以外に使用することを禁じます。

＊この用紙は、コピーしてご使用ください。