様式第６号

事前打ち合わせ票

（打ち合わせ日）　2024　年　2　月 28 日

ふりがな	はままつ　めい	性別	生　年　月　日	年齢
子どもの名前	浜松　芽衣	男・女	2020　年　×　月　××　日	4　歳
会員番号	10××××	会員氏名	浜松　花子	
住　　所	〒　430－×××× 中央　区　中央×丁目△―△　○○マンション　×××号室　TEL（ 090 ）0000　－　0000			
援助の日時	2024　年　3 月　13　日　水　曜日 午前　・　午後　3　時　00　分　～　午前　・　午後　6　時　00　分			
援助の内容	1 おねがい・まかせて・どっちも会員宅で預かり　2 保育施設等へ送り　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（　　）			
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 おやつを持参		食　費 円	
援助の理由	上の子の PTA の集まり			
道　　順	一緒に○○こども園（スーパー△△の東隣り）へむかい、道順と駐車場を案内します。		交　通　費 円	
援助関係箇所（学校・学童）	名　　称　○○こども園 担当者名　浜名　成子（はまな　しげこ）先生			

病　　歴	熱性けいれん（1 歳 3 ヶ月）
平　　熱	36．5 度
睡　　眠	午後 8 時から午前 7 時　昼寝はしません。
排　　泄	自分でできます。時々トイレに行くよう誘ってください。
アレルギー等	生卵アレルギー　おやつを持参します。
好きな遊び・おもちゃ	好きな絵本と折り紙を持参します。
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 テレビを見せてください（子ども番組）
その他の特記事項	（健康面で注意してほしいこと） 特になし
かかりつけの医院・医師	名　称　○△□クリニック　TEL（ 053 ）000-0000 所在地　中央区佐藤○丁目
緊急連絡先	①　名称　浜松　花子　（関係）会員本人　TEL（ 090 ）0000-0000 ②　名称　浜松　太郎　（関係）会員夫　TEL（ 080 ）0000-0000
特記事項	（災害時の避難場所など） 避難場所は○○小学校　サポート当日は○○小学校にいます。

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、依頼者と提供者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、援助活動に関する以外の目的には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。