

富山市ファミリー・サポート・センター事前打合せ書

＜打ち合わせ日＞ 年 月 日
時間 午前 午後 時頃

依頼 会員	会 員 番 号	氏 名	住 所 ・ 電 話 番 号		
			(電話番号)		
子ども 氏 名	愛 称 ()		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳)
緊 急 連絡先	氏 名		続 柄	連 絡 先	
				(電話番号)	
				(電話番号)	
保育施設 小学校等	名 称		住 所 ・ 電 話 番 号		
			(電話番号)		
送迎先	名 称 (学童・習い事など)		住 所 ・ 電 話 番 号		
			(電話番号)		
援助活動 内容					
子どもに ついて	アレルギーについて： 無 ・ 有		食物アレルギー() その他のアレルギー()		
	平熱：		性格：		
	食事：		おやつ：		
	睡眠：		排泄：		
	好きな遊び：				
	嫌いなこと：				
	気をつけてほしいこと：				
	かかりつけの病院		電話： ()		
その他 確認事項	活動場所	協力会員宅 ・ 依頼会員宅 ・ その他 ()			
	活動予定日時				
	その他				

(注)援助活動の前に援助内容や子どもの様子について両者間で十分打ち合わせを行ってください。
援助活動により知り得た個人情報は、漏らしてはいけません。退会後も同様です。

自宅付近及び該当施設(保育施設・小学校・学童保育・習い事等)までの経路の地図を記入してください。

生 活 状 況 (援助活動に必要な場合記入してください)
(起床・食事・昼寝・就寝時間など、必要事項を記入してください)

AM	5 : 00	
	7 : 00	
	9 : 00	
	11 : 00	
PM	1 : 00	
	3 : 00	
	5 : 00	
	7 : 00	
	9 : 00	
	11 : 00	

その他特記事項
(くせ、好み等)