

事前打合せ票

記入日：20 年 月 日 ()

ふりがな			生年月日／年齢
子どもの名前			(平成・令和 年) 年 月 日生まれ 歳 か月
ふりがな			日中連絡のつく電話番号
会員番号・会員名	No.		
緊急連絡先	名前・(続柄)		日中連絡のつく電話番号
	①	()	
	②	()	
	③	()	
依頼内容			
母乳： 水分補給： ミルク： (ml/回)	おむつ替えと トイレのこと	排便について (回/日) おむつ交換のタイミングは？ トイレに行きたがりますか？	
食事・おやつ(何時にどのくらいの量)	お預けする荷物	着替え・紙おむつ・お尻拭き・汚れ物用ビニール袋・汗やよだれを拭くタオル	
	眠い時	抱っこ？	
アレルギー・病歴等、気をつけてほしいこと	※ご家族の体調はいかがですか？ 最近、熱や咳、発疹などの症状はありませんでしたか？ ※ アレルギーは、今わかっているものだけではないかもしれません。 食事やおやつのご事情は、事前打合せの場でよく話し合います。		
かかりつけ医		平 熱	℃
最近のお子さんの様子	どんな遊びをしていますか？		
支援会員・両方会員さんをお願いしたいこと			