

事前打ち合わせ内容

記入日

年

月

日

依頼会員	ふりがな			電話番号			会員番号	I-
	氏名						番号	R-
	緊急連絡先	①	氏名	続柄	②	氏名	続柄	
携帯/自宅/職場			携帯/自宅/職場					
援助会員	氏名			自宅			会員番号	E-
				携帯			番号	R-
援助会員	氏名			自宅			会員番号	E-
				携帯			番号	R-

子どもの名前	ふりがな							生年月日	年	月	日
	おうちでの呼び方										
生活のリズム	0	6	9	12	15	18	21	24			
保育園・幼稚園 小学校・保育施設	園・学校名			クラス名							
	TEL			担任名							
かかりつけの医院	病院名			その他病院名							
	TEL			TEL							
食物・動物など アレルギーの有無	無 ・ わからない ・ 有 ()										
気をつけることなど [子どものことで、特に注意して欲しいことや知らせておきたいこと]	食 事										
	おやつ										
	睡 眠										
	おむつ等										
	好きな遊 び										
	嫌いなとこ										
依頼内容											

(注) 援助活動の前に、子どもの状況等について依頼会員と援助会員の間で十分に話し合ってください。
依頼会員・援助会員とも、知り得た個人情報については、外部の方には話さないようにお願いします。
ご提供いただいた個人情報は厳重に管理し、緊急等の特例の場合を除き同意を得ずに第三者に開示することはありません。

※援助活動は必ずセンターを通して依頼してください。
※緊急に直接会員同士で援助活動が決まった場合でも、依頼会員からセンターにご連絡下さい。
※変更などありましたら、お手数ですが、その都度、電話等でお知らせください。

生駒市ファミリー・サポート

TEL : (0743) 73-5552 / FAX: (0743) 73-5583

Mail: famisapo@city. ikoma. lg. jp