事前打ち合わせ内容

記入日　　年　　月　　日

依頼会員	ふりがな 氏名		電話番号		会員番号	Ｉ－ 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 携帯		会員番号	Ｅ－ Ｒ－	
援助会員	氏名		自宅 携帯		会員番号	Ｅ－ Ｒ－	

子どもの名前	ふりがな おうちでの呼び方		生年月日
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 ＴＥＬ	クラス名 担任名	
かかりつけの医院	病院名 ＴＥＬ	その他 病院名 ＴＥＬ	
食物・動物などアレルギーの有無	（　　）		
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	
		嫌いなこと	
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下さい。
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
Mail:famisapo@city.ikoma.lg.jp