**事前打ち合わせ票**

**年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **会員番号** | **会員氏名** |
| **住所**  **電話番号** | |

**緊急連絡先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏名** | **続柄** | **電話番号** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **子どもの名前（ふりがな）** |
| **生年月日** |
| **子ども園・小学校名** |
| **病歴** |
| **食事・アレルギーの有無** |
| **排泄** |
| **性格** |
| **平熱** |
| **好きなこと** |
| **嫌いなこと** |
| **気をつけてほしいこと** |
| **特記事項** |

**かかりつけ医療機関**

|  |
| --- |
|  |

**その他の確認事項**

＊会員証を携帯し、登録会員であることを確認し合ってください。

＊援助活動の実施にあたっては、子どもの当日の状況について、依頼者と協力者の間で十分打ち合わせを行ってください。