

# 鶴岡市ファミリー・サポート・センター 事前打ち合わせ書

年 月 日

フリガナ			会員 NO.	
会員氏名				
フリガナ	男 女	愛 称		子どもの生年月日
子どもの名前				西暦 年 月 日
住 所	〒 _____ 自宅電話( _____ ) 携帯電話( _____ )			
援助中の 緊急連絡先	氏 名	続柄	連 絡 先	
	フリガナ			
	第1		電話( _____ )	
	フリガナ			
第2		電話( _____ )		
援助の内容	<例> 家族が用事のある時の預かりなど			
子どもについて	食物アレルギー : なし・あり( _____ )			
	その他アレルギー : なし・あり( _____ )			
	平熱 :	睡眠 :		
	食事 : 母乳・ミルク・離乳食・普通食		おやつ :	
	尿意 : 知らせる・知らせない		便意 : 知らせる・知らせない	
	オムツ・おまる・トイレ(補助便座)		オムツ・おまる・トイレ(補助便座)	
	好きな遊び :			
	苦手なこと :			
	気を付けてほしいこと :			
かかりつけの 病院	電話( _____ )			
園・学校	電話( _____ )			
学童	電話( _____ )			
習い事	電話( _____ )			
	住所:	曜日:		
		時間:		
	電話( _____ )			
住所:	曜日:			
	時間:			