

事前打ち合わせ表(育児用)

打ち合わせ日 令和 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	
子ども氏名	愛称()		男・女	平成・令和 年 月 日(歳 ヲ月)	
会員番号	H-		住 所		
依頼会員氏名			鎌倉市		
TEL		携帯		E-mail	@
緊急連絡先	氏 名		続柄	連 絡 先	
				TEL()	
				TEL()	
かかりつけの病院		病院名 : TEL()			
保育施設 学校・学童等	名 称 :		学年・組 :		
	担任名 :		TEL()		
子どもの 状況	病 歴	なし ・ あり()			
	アレルギー	なし ・ あり(食物アレルギー: その他のアレルギー:)			
	お昼寝	なし ・ あり(時間) 時~ 時頃			
	排 泄	トイレ (一人で・大人と) ・ トレーニング中 ・ オムツ トイレサイン()			
	好きな遊び・おもちゃ				
	困った時の対応				
	その他 特記事項	健康面で注意してほしいこと ・ 障害の程度など			
援助 内容 について	援助の日時及び内容				
	食事・おやつの有無		おおよその支援期間 ~ 頃まで ミルク(ml/ 時間毎) → 哺乳瓶 ・ ストロー ・ コップ 離乳食 ・ 普通食 好き嫌いなど()		
	交通機関利用の場合 (経路など)				

以下、ご一読いただき、各自チェックを入れてください。		支援 会員	依頼 会員
1) この情報は、本人の同意を得ることなく第三者に開示・提供することのないよう取り扱いにはご注意ください。			
サポートが終了したり、不要になった場合はこの用紙を破棄、もしくは依頼会員に返却してください。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 知人等への支援会員の紹介は事務局を通してください。又、お互いの家庭事情は他言しないようにしましょう。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ファミサポの活動は、支援会員とお子さんの一対一（兄弟姉妹は可）、短時間の支援が基本です。トラブルの原因となる可能性の他、万が一、ケガや事故が起きた場合には、補償保険の対象にならないことがあります。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 依頼日時が決まったら、依頼会員は必ず事前に依頼日時の連絡をお願いします。（事務局公式LINE or 電話）			
又、依頼内容が変わった場合や、引っ越し・進級・出産等で登録情報に変更が生じた場合もお知らせください。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]鎌倉市ファミリーサポートセンター
R7.6月改訂