

事前打ち合わせ票

会員番号 No.	依頼会員名	会員番号 No.	援助会員名	
(フリガナ) こどもの名前 (生年月日)	男・女 (年 月 日)	<園・学校名>	TEL	<担任名>
	男・女 (年 月 日)	<園・学校名>	TEL	<担任名>
	男・女 (年 月 日)	<園・学校名>	TEL	<担任名>
住所	〒 — TEL () — fax (有・無) () —			
	氏名	会社名等	電話番号	間柄
緊急連絡先 I				
緊急連絡先 II				
緊急連絡先 III				
食事・おやつ				
睡眠				
排泄 (おむつ)				
病歴				
かかりつけ病院	内科			
	外科			
特記事項 ☆麻 体質 (アレルギー等 気をつけてもら いたいこと)	アレルギー	有・無		
災害時 避難場所	第1 避難場所	第2 避難場所	災害用伝言ダイヤル 171を使ってください	

※援助活動の実施に当たっては、こどもの状況等について依頼会員と援助会員の間で必ず事前もしくは当日に充分打ち合わせを行なってください。

※災害時避難場所はこどもの援助をお願いしている地域を中心によく話し合い決めてください。

※この用紙は依頼される会員の個人情報です。保管取り扱いにはご注意ください。