

# 事前打ち合わせ票



石川町ファミリーサポートセンター

会員氏名				記入月日	令和 年 月 日
(ふりがな)		愛称	性別	生年月日	H・R 年 月 日
子どもの氏名			男・女	(年齢)	( 才 ヲ月)
住所	〒			電話	
母親氏名				携帯電話	
母親勤務先				電話	
父親氏名				携帯電話	
父親勤務先				電話	
緊急連絡先				電話	
生活習慣等	排泄：				
	食事：				
	睡眠：				
好きな遊び 遊具等	室内：				
	室外：				
体質 (詳細に記入)	アレルギー : 有・無 ( )			かかりつけ医院	
	ひきつけ : 有・無 ( 歳 )				
	熱性けいれん : 有・無 ( 歳 )				
	喘息 : 有・無 ( )			電話	
	皮膚炎 : 有・無 ( )				
	その他 :				
所属先	保育所・幼稚園 :			組名 ( 組)	
	小学校 :			担任名 ( )	
	児童クラブ			電話 ( )	
メモ (援助内容・時間他)					