

(秘)

事前打ち合わせ内容

依頼会員氏名		会員番号	
ふりがな			
子どもの名前	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	〒 TEL FAX		
保護者の 緊急連絡先	氏名 [子どもとの続柄] ☎		
その他の 緊急連絡先	氏名 [子どもとの続柄] ☎		
通っている園 または学校	_____ 保育園・幼稚園・小学校 _____ TEL _____ ※必要な場合、裏面に地図をご記入ください。		
健康状態	アレルギー あり・なし 食物アレルギー () ペット () その他 () 脱臼しやすい はい・いいえ 嘔吐しやすい はい・いいえ	【その他・特に気をつけること】	
かかりつけ医	病院名 (住所・TEL)		
地震等緊急時 の待ち合わせ			
援助の内容			
援助会員氏名		会員番号	

〔注1〕 援助活動の実施にあたっては、子どもの状況等について依頼会員と援助会員の間で十分打ち合わせを行ってください。

〔注2〕 報酬の支払いについては、援助活動終了後その場でお支払いいただくことが原則です。

〔注3〕 この用紙の取り扱いについては、プライバシーの保護に十分なお配慮をお願いします。

自宅・送迎先の地図（駐車場所も記入してください）

※病後児・病児を預ける可能性のある方は、以下もご記入ください。

かかりつけ医	小児科	病院名（住所・TEL）		診察券No.
	その他	病院名（住所・TEL）		診察券No.
平熱	℃	常時使用している薬	ある（ ） ・ ない	

特に気をつけるところ