

事前打ち合わせ票(提供会員保管用)

- ① センターへの提出は不要です
 ② この用紙は原本とし、使用時は依頼会員がコピーしてください

打ち合わせ日 年 月 日

依頼会員番号		ふりがな 会員氏名	
住所	〒 -		
電話番号	自宅 - -	携帯	- -
メールアドレス	@		
緊急連絡先	①氏名/名称	(続柄:) 電話	- -
	②氏名/名称	(続柄:) 電話	- -
ふりがな 子どもの名前		愛称 ()	男・女 血液型
生年月日	20 年 月 日 (歳 か月)		ふだんの生活
保育所(園) 幼稚園等	電話 - -		6 9 12 15 18 21
食事(おやつ) ※アレルギーのため、食べさせてはいけないもの、ミルクの量、要望等を記入	<input type="checkbox"/> ミルク (ml/回) →哺乳瓶・コップ・ストロー <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特記事項		
アレルギー、平熱	・アレルギー 無・有() ・平熱 ℃		
午睡	<input type="checkbox"/> お昼寝する : ~ : <input type="checkbox"/> お昼寝しない		
排泄	<input type="checkbox"/> オムツをしている(知らせる・知らせない) <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立している		
好きな遊び			
特記事項			
かかりつけ医療機関	小児科	tel	
	その他	tel	- -
	その他	tel	- -

