

記入例

事前打ち合わせ票 打ち合わせ日 令和〇年 4月 1日

※依頼会員は、預ける子を必ず連れて行きましょう。子の状況や援助活動に必要な事項について、依頼会員と提供会員がお互いを理解し合えるように、事前に必ず行ってください。

※援助活動実施にあたっては、当日の健康状態等を確認してください。

依頼会員番号 2-2300	氏名 安城 花子	提供会員番号 1-115	氏名 桜町 二三子
依頼会員住所 電話番号	安城市桜町〇丁目〇〇 マンション安城 101 携帯電話 090 - 〇〇〇〇 - △△△△ 自宅 77 - 〇〇〇〇		
援助活動中の緊急連絡先	フリガナ アンジョウ ハナコ 氏 名 安城 花子		依頼会員との続柄 本人
	連絡先 安城株式会社 人事課 TEL 0566 - 91 - 〇〇〇〇		
フリガナ子の氏名	アンジョウ タロウ 安城 太郎	生年月日 令和〇年 5 月 5 日生 (2 歳)	
保育施設等	名称 大東保育園	組名 さくら	担任 佐藤先生
	住所 安城市大東町〇番〇〇号 TEL 72-〇〇〇〇		
アレルギー	無・ 有 食物(卵)その他(犬) 有の場合、気を付けること(卵を食べないようにする 犬に近づかないようにする)		
食事・おやつ	不要・ 要 (依頼会員が持参)提供会員が準備・その他()		
睡眠時間	昼寝 しない ・ する 普段寝ている時間 13 時 ~ 14 時 夜 20 時 ~ 7 時		
平熱	36.5 ℃	排泄	1人でできる・ できない (要介助 おむつ使用)
病歴	熱性けいれん(無)・有 その他の病気() かかりつけの医院 小児科(内科) 安城クリニック 外科 安城外科医院		
好きな遊び	積み木、ミニカー	嫌いなこと	暗い部屋は怖がる
その他	くせ、気を付けること等 眠くなると指しゃぶりをする 鼻水が出たらすすらず、ティッシュでかむようにしてほしい		
活動内容	令和〇年 3 月 5 日(木) 16 時 00 分 ~ 20 時 00 分 保育園に16時に迎えに行き、提供会員の自宅で20時まで預かり		
チャイルドシート・ジュニアシート	6歳未満の幼児を自動車に乗用される場合には、チャイルドシートの使用が義務付けられています。 不要・ 要 依頼会員の物を使用・提供会員の物を使用・ センターの物を使用 センターの物を借りに行く人(依頼会員・ 提供会員)		
報酬等(予定)	報酬 2,500 円 <内訳> 600 円× 3 時間 700 円× 1 時間		
	交通費 150 円 その他実費 円		
	合計 2,650 円		
援助活動中に災害が起きた時の避難場所 桜町公民館			