＊記入例

育児支援　事前打合せ書（依頼会員用）

〇〇年　〇〇月　〇〇日

	会員番号	氏　名	住　所　・　電話番号	配偶者
依頼会員	A-〇〇〇〇	中町　真智子	鹿児島市中町〇〇-〇〇 TEL 099-〇〇〇-〇〇〇〇　携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	(有)・無

	名　前（愛称）	男女別	生年月日（年齢）
子ども	中町　かな（かなちゃん）	男　(女)	〇〇年〇月〇〇日（〇〇）

	氏　名（続柄）	会員の職場
連絡先	中町　隆一（夫） TEL 099-〇〇〇-〇〇〇〇　携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇(株) TEL 099-〇〇〇-〇〇〇〇

	名　称	住　所・電話番号
保育園 幼稚園 学校など	(保育園) 〇〇〇〇　幼稚園 学校 年　〇〇〇〇組	鹿児島市〇〇町〇〇-〇〇 TEL 099-〇〇〇-〇〇〇〇

子どもについて	アレルギーについて　(有)　・　無 食物アレルギー（たまご、そば）、その他のアレルギー（　　）	
	平熱：36.5℃	性格：何でも興味を示し、活発
	食事：好き嫌いなし	おやつ：おせんべい系、クッキーなど
	睡眠：3時から1時間ほどの昼寝	排泄：3時間おきにトイレの声かけ
	好きな遊び：ブロック遊び、お絵かき、折り紙など。　好きなおもちゃを持参します。	
	嫌いなこと：手が汚れたり、水にぬれることを嫌います。	
	気をつけて欲しいこと：いろいろな物に興味を示し、何でも触り、動きますので気をつけてください。	
活動内容	保育施設や児童クラブ等の送迎、各施設から迎え後のお預かりなど	

確認事項	①かかりつけの病院名 〇〇小児科　TEL 099-〇〇〇-〇〇〇〇
	②準備するもの：チャイルドシート、おやつ、食事、着替えなど おやつ、着替え
	③報酬以外の支払い：食事代、ガソリン代、交通費　他 食事代、交通費
	④活動予定日時 〇〇月〇〇日～〇〇日
	⑤その他

鹿児島市ファミリー・サポート・センター

＊保育園、幼稚園、児童クラブ、習い事等の場所の地図等は、事前打合せ時に口頭で伝えるか、別紙に地図を書いて、提供会員さんへお渡しください。