

事前確認書

依頼会員氏名		会員番号	
児童の状況	フリガナ氏名		
	愛称		
	年齢・性別	歳 か月 (男・女)	歳 か月 (男・女)
	体質について	1 喘息 2 アレルギー 3 ひきつけ 4 その他()	1 喘息 2 アレルギー 3 ひきつけ 4 その他()
	平熱	度 分	度 分
	かかりつけ医院	医院名： 住所： 電話番号：	医院名： 住所： 電話番号：
	その他特記事項 (好きな遊び・くせ等)		
保育施設等	名称		
	所在地、電話番号	TEL	TEL
	組担任名		

○乳幼児の場合にご記入ください。

児童の生活習慣	排泄	ア おむつ イ トレーニング中 ウ 就寝時おむつ エ 1人で可能 オ()	ア おむつ イ トレーニング中 ウ 就寝時おむつ エ 1人で可能 オ()
	睡眠	ア だっこ イ 添い寝 ウ 1人で エ() ※時間 : ~ :	ア だっこ イ 添い寝 ウ 1人で エ() ※時間 : ~ :
	食事	ア 援助が必要 イ スプーン ウ はし ※好きなもの() ※食べられないもの()	ア 援助が必要 イ スプーン ウ はし ※好きなもの() ※食べられないもの()
	泣いた時の対応		

- * 事前に必要事項を分かりやすく記入し、提供会員に渡してください。
- * 援助活動の実施にあたっては、子どもの当日の状況などについて依頼会員と提供会員との間で充分打ち合わせを行ってください。