事前打ち合わせ調査書

利用会員	NO.		住　所
	氏　名		ＴＥＬ
子ども氏名（愛称）		（　　）	生年月日 年　　月　　日

子どもの基礎状況	アレルギー　　有　・　無　　食べ物アレルギー（　　） その他アレルギー（　　） 平熱：（　　）度　　性格： 食事：　　おやつ 睡眠：　　排泄： 好きな遊び（　　） 嫌いなこと（　　） 薬について　　粉薬（散薬）　・水薬　・　錠剤　・他（　　）
子どもの体調に関する事項	
医師から指導されている事・上記の記載欄以外での配慮点・特記事項　　ｅｔｃ	
家庭での決まり事項　　例：お菓子類の与え方・テレビの時間等	
障がいの有無　　有　・　無	

事前打ち合わせ希望日

月　　日（　　）　　：	月　　日（　　）　　：	月　　日（　　）　　：
スタッフ名	スタッフ名	スタッフ名
スタッフ宅・利用者宅 他（　　）	スタッフ宅・利用者宅 他（　　）	スタッフ宅・利用者宅 他（　　）

書き方

事前打ち合わせ調査書

利用会員	NO.		住　所
	氏　名		ＴＥＬ
子ども氏名（愛称）		（　　）	生年月日 年　　月　　日

子ども１人につき、１枚使用

子どもの基礎状況	アレルギー　有　・　無　食べ物アレルギー（　　） その他アレルギー（　　） 平熱：（　　）度　性格： 食事：　おやつ 睡眠：　排泄： 好きな遊び（　　） 嫌いなこと（　　） 薬について　粉薬（散薬）　・水薬　・　錠剤　・他（　　）
子どもの体調に関する事項	
医師から指導されている事・上記の記載欄以外での配慮点・特記事項　　ｅｔｃ	
家庭での決まり事項　　例：お菓子類の与え方・テレビの時間等	
障がいの有無	・　無

・子どもの普段の様子が、スタッフにわかるように書いて下さい
・特に、アレルギー必須

・鼻血を出しやすい
・風邪でも体温は上がりにくい等

欄外に、顔合わせ希望の曜日、時間等を

・スタッフとの顔合わせの時間がなく、活動を依頼される場合、活動するスタッフは、本部・支部判断。
・この３名が対応できるとは限りません（有償ボランティアです）

事前打ち合わせ希望日

月　　日（　　）　　：	月　　日（　　）　　：	月　　日（　　）　　：
スタッフ名	スタッフ名	スタッフ名
スタッフ宅・利用者宅 他（　　）	スタッフ宅・利用者宅 他（　　）	スタッフ宅・利用者宅 他（　　）