

## 事前打ち合わせ

(ふりがな) 子どもの名前	(　　歳)	性別	男・女	生年月日	年 月 日
		保育園 学校名	学年 (　　年)		
呼び名		障がい	有 (　　) ・ 無		
保護者名 (依頼者)				(続柄　　)	TEL :
住所 〒	南砺市				
緊急連絡先①：氏名	(続柄　　)			TEL :	
緊急連絡先②：氏名	(続柄　　)			TEL :	
かかりつけの病院名 :	TEL :				
支援してほしい理由 :					

## 【お子さんについて】

## 1. 食事

ミルク \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ 回／日

食べてはいけないもの、食べさせたくないもの

好きな食べ物

## 2. 排尿・排泄

(1)一人で出来る (2)ついていけば一人で出来る (3)オマル (4)オムツ

## 3. 体質

(1)問題はなし  
 (2)アレルギー (　　) 対応 (　　)  
 (3)その他 (　　) 対応 (　　)

## 4. 睡眠など

【寝つき】 (1)いい (2)わるい (3)ふつう (4)寝ない  
 【寝起き】 (1)いい (2)わるい (3)ふつう  
 その他 (　　)

## 5. 言葉

(1)はっきりはなす (2)たどたどしいところもあるが一応話す  
 (3)単語のみ (4)人のいっていることは分かる (5)話せない  
 その他 (　　)

うら面に続く→

## 6. 健康状態

(1)良好 (平熱： °C)

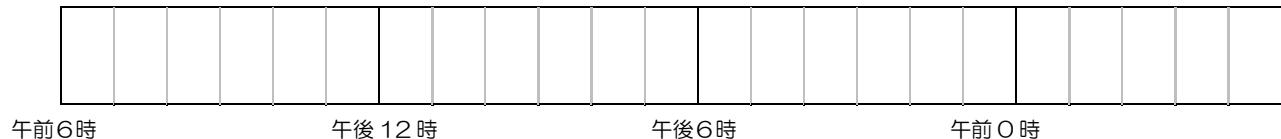
(2)病気療養中 (病名・症状)

)

## 7. 好きな遊び

[ ]

## 8. お子さんの生活リズム (起床、食事、お風呂の時間など)



## 9. その他伝えておきたいこと (お子さんの性格、気を付けてほしいことなど)

[ ]

\*この用紙は、支援活動の際、サポーターさんにお渡しください。終了後は保護者が保管します

\*\*\*\*\*  
(MEMO)

### 支援日時

月　　日 (　　) 時　　分～　　時　　分

### 支援場所

### サポーター

### 持ち物など