

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、お昼寝の時間など)

午前6時						午後12時						午後6時						午前0時					

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