

赤ちゃん用 事前打ち合わせシート(子ども1人につき1枚)			
面談日	令和 年 月 日	フリガナ	
	場所	依頼者 氏名	
住所	〒573-		
	Tel	E-mail	
依頼者以外の 緊急連絡先	氏名(フリガナ)		続柄
			会社名(Tel)
フリガナ	フリガナ		通称
氏名			生年月日
平熱		サポート当日の体温	
普段のミルクの量	CC	・多い時の量	CC ・ 少ない時の量
ミルクの種類	粉	・ キューブ	・ 液体ミルク
普段の便の回数		便の状態	
アレルギー	食べ物		
	その他 (ペットなど)		
睡眠			
健康状態			
サポーター宅への 送迎の注意事項	(誰が送り迎えをするか聞いておく)		

注) サポート活動実施日には、子どもの当日の状況を依頼者と提供者の間で十分打合せを行って下さい