

室蘭市子育てレンジャー事前打合わせ票

※この票はこども1人の内容を記してください。

ふりがな			生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
子どもの名前 (愛称)			(男・女)	
ふりがな			勤務先	
会員氏名			(電話)	
住 所	〒	ペット	緊急時の連絡先・携帯番号等	
	電話	有 () 無		
依頼日時・内容	曜日	時間	内容	
		～		
		～		
		～		
		～		
活動場所	自宅	お助けママ宅	どちらでも	
子どもの かかりつけの 病院	小児科 その他 (血液型) (平熱 °C)		(電話)	(電話)
保育園(所)・ 幼稚園・学校名 及び所在地	(電話)		クラス名	
			担任氏名	
食 事			性 格	
お や つ			好きな遊び	
睡 眠			その他(気をつけてほしいことなど)	
排泄(おむつ)				
持病(既往症)				
アレルギー	食 物 ()	動 物 ()		

(注) 援助依頼当日には、依頼会員から提供会員にその日の子どもの状況等について充分にお伝えください。
※個人情報のため、取り扱いには充分ご注意ください。

自宅付近及び保育園・幼稚園・学校等までの経路の地図を記入してください。

※地図記入欄が不足の場合は別紙にご記入ください。