

事前面談シート

サポート日 年 月 日 () : ~ :

最寄り駅 駅 徒歩 分

基本情報

お子様:

年齢; 歳 カ月

親御様:

連絡先:

東京都BS支援事業 ☐ 一時預かり ☐ 待機児童

子ども家庭庁助成券 ☐

内容について

■健康状態

平熱 度

アレルギー

持病

■入浴 有・無

時間: :

入り方: 湯船・シャワーのみ

使用するもの:

■食事 有・無

時間: :

飲み物:

温め: W 秒

食べ残し: 捨てる・冷蔵庫

■歯磨き 有・無

時間: :

使用するもの:

うがい: 有・無

■トイレ

オムツ: 有・無

捨てる場所:

うんち時: トイレに流す・ビニールに入れる

■お昼寝・夜の寝かしつけ 有・無

時間: :

場所:

ルール:

その他気を付ける・意識すること

MEMO