

問診票

フリガナ お子様お名前	男／女 (普段は何と呼ばれていますか?)	生年月日	年 月 日 (年齢： 歳 ヶ月)	血液型 型
ご利用時間	時 分 ~ 時 分 (確実にお子さんをお迎えに来られる時間をご記入下さい)			
緊急連絡先 (携帯電話等、当日ご連絡が取れる番号をお願いします)				
申込者				
緊急連絡先				
本日の健康状態	良好 普通 風邪気味 () その他 () 排便はありましたか? はい／いいえ 前日の就寝時間 (時ごろ) 朝食・食欲 ()			体温 ℃ 平熱 ℃
アレルギー等	無 ・ 有 (有の場合、具体的に詳しくお書き下さい)			
ミルク	最終授乳時間	分量	おやつ	※原則として投薬は親御さんをお願いします
	:	CC		
	授乳予定時間	分量	(あれば) くすり	
	:	CC		
	:	CC		
	:	CC		
排泄について	おむつ トイレトレーニング中 一人でできる その他 ()		睡眠について	すぐ寝る だっこする おんぶする その他 ()
好きな遊び				
伝言その他 特に留意すること				

※枠内をご記入の上、ご利用当日シッターへお渡しください