千葉県歯科医師会託児所 問診票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナお子様お名前 |  男／女（愛称： ） | 生年月日 | 年 　月 　日(年齢： 歳 ヶ月) |
| ご利用時間 |  年 月 日 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 | 参加会場 | 携帯電話番号（必須） |
|  | 保護者のお名前 |
| 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 有り（有りの場合、具体的に詳しくお書き下さい） |
| ミルク | 授乳予定時間 | 分量 | おやつ |  |
| ： | cc |
| ： | cc | くすり | (原則として投薬は親御さんにお願いします) |
| ： | 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 |  |
| １日の様子 |
| シッターよりの伝言 |

 内をご記入の上、シッターにご提出ください