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