

記入日： 年 月 日

イベント保育問診票

(ふりがな)

申込者（保護者）氏名： _____

緊急時連絡先番号： _____

(ふりがな)

お子様氏名： _____ 呼び名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 満 _____ 才 _____ ヶ月

性別： 男 ・ 女 平熱： _____ °C 既往症： _____

好きな遊び、玩具： _____

ミルク（該当するお子様のみ）次回授乳予定時間： _____

睡眠のサイン： 目をこする ・ 耳をさわる ・ その他（ _____ ）

入眠のクセ： 縦抱き ・ 横抱き ・ 自分で布団に横になれる

排泄について： オムツ ・ トレーニング中 ・ 自立

便について： 普通 ・ 下痢気味 ・ 便秘気味

アレルギーについて： あり・なし（ありの場合は内容をお知らせください。）

お子様の現在のコンディション： _____

特に注意してほしいこと： _____

お預かり品： _____