

	ベビーシッターサービス	
対象児のお名前() 男・女 年齢 ()歳()ヶ月	初回利用日時 平成 年 月 日 時間帯 : ~ :	
お子様の健康状態について、以下の項目をご記入下さい。 かかりつけ医		
診療科名	クリニック名	電話番号
お子様にアレルギーはありますか？ ある ない (をつけて下さい)		
*「ある」とお答え頂いた方は以下に具体的な内容を記入して下さい。		
アレルギーの種類	症状や注意事項	
お子様の平熱は何度ですか？ 度 分		
既往歴 これまでにかかったことのある病気に をつけて下さい 麻疹 風疹 流行性耳下腺炎 水痘 結核 熱性けいれん 脱臼 てんかん ひきつけ 喘息		
その他、弊社がお子様をお預かりするにあたり、把握しておくべき既往歴があればお書き下さい。		
お子様の性格やご家庭の育児方針など、 お子様をお預かりするにあたり、弊社にお伝え頂きたい注意事項などがあれば、お書き下さい。		

* 弊社記入欄 受理：平成 年 月 日 担当： / 入力：平成 年 月 日 担当：