

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 時間帯	令和	年	月 日 : ~ :
お子様の健康状態について、以下の項目をご記入下さい。				
①かかりつけ医				
診療科名	クリニック名	電話番号		
②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			
③お子様の平熱は何度ですか？ 度 分				
④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：令和 年 月 日 担当： / 入力：令和 年 月 日 担当：