

個人番号	—		※ 太枠はスタッフが記入します。					
ふりがな		男・女	<input type="checkbox"/> 初回利用					
児童のお名前								
生年月日	平成・令和 年 月 日		(満 歳 カ月)					
居住区	1東	2博多	3中央	4南	5城南	6早良	7西	8市外
利用時間	月 日 ()		時から 時まで					
お迎えに来る方	父・母・その他(続柄)【 】							
理由	1リフレッシュ	2通院・出産	3看護・介護	4学校行事	5冠婚葬祭			
	6就 労	7就職活動	8家事・買い物・社会参加	9その他				

【本日の健康状態の確認】

※ スタッフが記入します

■検温 _____℃ (平熱 _____℃)

■お子様の体調で心配なことはありますか
また、傷や怪我はありますか
(はい ・ いいえ)
→はいの場合具体的にご記入ください
()

■食欲はありますか
(ある ・ ない ・ 食べていない)
■昼食はお持ちですか (はい ・ いいえ)

■ミルクをお持ちの方は、次回飲ませる時間を記入してください
① _____時頃 _____ml
② _____時頃 _____ml

■お預かり前の授乳、ミルクの時間をお答えください
_____時 _____分頃 _____ml

■うんちの状態
(普通 ・ 軟 ・ 下痢 ・ 硬 ・ ない)

■本日の睡眠時間
就寝・起床 _____: ~ _____:
お昼寝していますか _____: ~ _____:

■既往歴について
・喘息・熱性けいれん (ある ・ なし)
・アレルギー (ある ・ なし)
→「あるの場合」アレルギーと症状をご記入ください
()
→ 接触による症状 ある なし
→ アナフィラキシー ある なし

【健康観察記録】(スタッフ記入欄)

排泄(大便○ 下痢◎ 尿△) 食事S ミルクM(飲んだ量)
睡眠 _____ SIDS チェック✓(15分おき)

9	10	11	12	13
14	15	16	17	18

【食事】

時間	食欲	備考
:	ある ・ なし	

【発熱時チェック表】

時間	:	:	:	備考
体温	.	.	.	
様子				

【連絡・記録】

【連絡事項】

【様子(遊び・入室時の様子)】

【スタッフチェック欄】

保険証・乳児医療症
お迎えに来られる方(□事前申請)

[]