Combi

お子様カード（問診票）

※よりよい保育を行うために、お手数ですが、下記の事項についてご記入ください。

ご利用日時：　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：

ふりがな
保護者氏名　　様

当日の緊急連絡先　お名前：　　様（お子様との続柄　　）
携帯電話番号：　　―　　―
メールアドレス：

ふりがな
お子様氏名　　愛称　　男・女

生年月日：西暦　　年　　月　　日　（　　歳　　ヶ月）

留意すべき体質：なし　・　あり（該当に○又はご記入ください）
脱臼・喘息・アレルギー（　　）・憤怒けいれん・その他（　　）

特に留意することがございましたら必ずお書きください。
※ご記入いただけない場合は、お預かり出来ない事もあります。

ご用意いただけます内容をご記入ください。（必ずお名前の記入をお願いします）
食べ物/飲み物：　　その他：

※3歳以下のお子様につきましては、以下のご記入お願いいたします。

生活習慣について　食事：　母乳　ミルク　離乳食　普通食
排泄：　おむつ使用　トレーニング中　自立

Q.眠い時の癖はありますか？	Q.どうしたら寝つきやすくなりますか？
Q.好きな遊びは何ですか？	Q.どうしたら、泣き止みやすくなりますか？

当日の健康状態：良好・普通・風邪気味・その他（　　）
本日の排便：有　・　無　　※当日スタッフがお伺いいたします。

<保育スタッフ記入欄>　当日のお子様のご様子

※ご記入いただきました個人情報は、今回のシッティングについてのみ利用し、他の目的で利用することは一切ございません。

弊社より子育て支援に関するサービス・情報等のご案内を　希望する　・　希望しない
※希望される方はメールにてご連絡させていただきます。

Combi
〒111-0041　東京都台東区元浅草2-6-7-3F
HP

TEL03-6231-6382　FAX03-6860-1177
https:// www.combismile.co.jp /
公益社団法人全国保育サービス協会　正会員