



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、以下のご記入をお願いいたします。	
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。



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