

カウンセリング票

利用日： 年 月 日

(ふりがな) 名前		女 男	生年月日 年 月 日 (才 ヶ月) 保育園・幼稚園・小学校 (年)	
住 所 〒 -				
連絡先	電話 () -		FAX () -	
*緊急連絡先	①氏名		携帯 - -	
	②氏名		携帯 - -	
お子様の状況	託児利用	初回 ・ 経験あり	体 温	平熱 °C位
*アレルギー	な い ・ あ る		熱性痙攣	経験あり ・ な し
アレルギー内容	卵・そば・牛乳・その他 ()		お 昼 寝	毎日 時々 しない
食 事	自分で食べる ・ 介助が必要		時 間	30分以内 ・ 1時間以内 1時間以上 (午前・午後)
乳児のお子様	離乳食開始	ミルクのみ	寝る時の様子	
排 泄	オムツ ・ 介助必要 ・ 自 立			
特 記 (依頼事項 等)				

☆ご記入頂いた個人情報、本日の託児以外に使用する事はなく、目的が終了した後、当社責任の下で廃棄処分致します。

当日の状況 (担当保育者：) 保育者記入

当日の体調	良 好 ・ 普 通 ・ やや不調	体温測定 °C
お子様の様子	(時間)	(様子)