

日本物理学会託児室 問診票

お子様のお名前	ふりがな				
	漢字				
	(愛称)				
性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
年齢		歳	ヶ月		
ご利用時間	9月16日(月)	時	分	～	時 分
	9月17日(火)	時	分	～	時 分
	9月18日(水)	時	分	～	時 分
	9月19日(木)	時	分	～	時 分
日常の保育		<input type="checkbox"/> ご家庭	<input type="checkbox"/> 保育園	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 小学校
アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
授乳予定時間、分量		時	分	cc	
		時	分	cc	
		時	分	cc	
		時	分	cc	
おやつ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
食事		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
お薬		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ※投薬は親御さんをお願いします			
排泄		<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる (声かけ 必要・不要) <input type="checkbox"/> その他 ()			
睡眠		<input type="checkbox"/> すぐ寝る <input type="checkbox"/> だっこする <input type="checkbox"/> おんぶする <input type="checkbox"/> その他 ()			
好きな遊び					
備考・留意点					