

0歳児 確認事項一覧

年 月 日

氏名 _____

1	寝るときの姿勢はどうですか？	仰向け・うつ伏せ・横向き
2	持病はありますか？	はい・いいえ はい→(病名: _____)
3	普段抱っこひもは使用されていますか？	はい・いいえ
4	普段おんぶはされていますか？	はい・いいえ
5	授乳の間隔を教えてください。	約 _____ 時間おき
6	げっぷをさせる必要はありますか？	はい・いいえ
7	粉ミルクは水道水を使用しても問題ありませんか？	はい・いいえ
8	その他注意事項がありましたらお書きください。	

注文の多い託児所 けんけんぱっ