

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