

来院時確認事項 太枠内をご記入ください

赤ちゃんのお名前 _____ 生後日数 _____ 日目

お預かり予定時間

_____ : _____ ~ _____ : _____ の 時間

呼び方

緊急時連絡先

最後の授乳時間・ミルク量

_____ 時 _____ 分頃 母乳・ミルク _____ ml

排便状況 1日何回

沐浴(体重測定含む)/1100円

_____ 日に _____ 回

_____ 希望する ・ 希望しない

最後の排便日時間

_____ 月 _____ 日 _____ 時頃

お世話をするうえで気にしてほしいこと事

お迎えに来られる方のお名前(身分証明書をお持ちください)と赤ちゃんとの関係

お名前 _____ 関係 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入された方のお名前 _____

スタッフ記入欄

お預かりチェック

赤ちゃんのようす

母子手帳

おむつ4枚以上

おしりふき

お着換え2組

飲みなれている哺乳瓶 1本

お迎え時間

延長料金

AM/PM _____ :

なし/あり (_____ 分) _____ 円

開始サイン

終了サイン