

体調確認シート

お名前	様
ふりがな	
生年月日	平成 年 月 日 (歳 カ月)
第一優先：保護者名	様
携帯電話番号	
第二優先：保護者名	様
携帯電話番号	
本日の体温	℃
本日の昼食内容・時間	
本日の昼食時間	時 分頃
アレルギー	有 ・ 無
アレルギーの種類	
喘息	有 ・ 無
既往歴	
現在内服の薬	

お子様をお預かりする上で注意すること

*お預かりする情報は万が一に備えるもので、託児終了後はシュレッダーにて破棄します。
株式会社イーイング 052-990-6689