

守谷市子育て短期支援事業利用に伴う確認事項

★ショートステイを利用されるお子さんについて教えてください。

お名前 ()

年齢 (歳 か月)

・お子さんにアレルギーはありますか？

()

・かかりつけの医療機関はありますか？

(ありの場合、治療中の病気や服薬等もあれば教えてください。)

()

・ショートステイ利用中にお子さんの具合が悪くなった場合に受診し、処方薬が出た場合は服用しても良いですか？

()

・乳幼児の場合、ミルクの時間と量を教えてください。

()

・お子さんに接する際の注意点や要望等ありますか？

()