

ベビーマッサージチェックシート

月 日 (曜日)

ベ ビ ー	お子様の名前 (ふりがな)	男 ・ 女	生年月日 H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)
<input type="checkbox"/> 予防接種後 24 時間以上経過経っているか			
<input type="checkbox"/> 発熱の有無 (解熱後 24 時間以上経っているか)			
<input type="checkbox"/> 嘔吐、下痢、ウイルス性の疾患はないか			
<input type="checkbox"/> 湿疹が化膿していないか			
<input type="checkbox"/> ベビーマッサージを体験したことがあるか			
<input type="checkbox"/> 2 週間以内に県外への滞在、新型コロナウイルス感染者またはその疑いのある方と接触はないか			
<input type="checkbox"/> 食後 1 時間経過しているか			

ベビーマッサージチェックシート

月 日 (曜日)

ベ ビ ー	お子様の名前 (ふりがな)	男 ・ 女	生年月日 H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)
<input type="checkbox"/> 予防接種後 24 時間以上経過経っているか			
<input type="checkbox"/> 発熱の有無 (解熱後 24 時間以上経っているか)			
<input type="checkbox"/> 嘔吐、下痢、ウイルス性の疾患はないか			
<input type="checkbox"/> 湿疹が化膿していないか			
<input type="checkbox"/> ベビーマッサージを体験したことがあるか			
<input type="checkbox"/> 2 週間以内に県外への滞在、新型コロナウイルス感染者またはその疑いのある方と接触はないか			
<input type="checkbox"/> 食後 1 時間経過しているか			

ベビーマッサージチェックシート

月 日 (曜日)

ベ ビ ー	お子様の名前 (ふりがな)	男 ・ 女	生年月日 H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)
<input type="checkbox"/> 予防接種後 24 時間以上経過経っているか			
<input type="checkbox"/> 発熱の有無 (解熱後 24 時間以上経っているか)			
<input type="checkbox"/> 嘔吐、下痢、ウイルス性の疾患はないか			
<input type="checkbox"/> 湿疹が化膿していないか			
<input type="checkbox"/> ベビーマッサージを体験したことがあるか			
<input type="checkbox"/> 2 週間以内に県外への滞在、新型コロナウイルス感染者またはその疑いのある方と接触はないか			
<input type="checkbox"/> 食後 1 時間経過しているか			

