

# ～わらべうたベビーマッサージカウンセリングシート～ ※個人情報は、厳守します。

本日はお越しいただき、ありがとうございます。楽しく安全に参加していただけるように、下記の調査にご協力ください。

保護者の方のお名前 (ふりがな)	お子様のお名前 (ふりがな)	現在(     才     か月)
(住所)	年     月     日 生まれ	
メール	お電話番号	

赤ちゃんの体調についてお伺いいたします。

【参加日     月     日】【参加日     月     日】【参加日     月     日】【参加日     月     日】

① 本日の体調で気になることはありますか(鼻水、風邪、下痢、発熱)

【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】

② 48 時間以内に予防接種をうけられましたか?

【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】

③ 1 ヶ月以内に何か病気にかかりましたか?

【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】

④ アレルギー(アピーを含む)ありますか?

【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】

⑤ お肌に湿疹等ありますか?

【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】

⑥ 下記教室からのお願い、注意をお読みになり、本日の体調を確認したうえで教室に参加されますか?

【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】     【はい:いいえ】

切り取り

ご協力ありがとうございました



## ☆わらべうたベビーマッサージ教室からの注意・お願い☆



- ・お子様の体調は日々変化します。教室に参加される場合はその日の健康状態を必ず確認し、無理をしないようにしてください。予防接種後 48 時間が経過していない場合や下痢・嘔吐・発熱(37.5 度以上)等、体調のすぐれない時はご参加いただけません。お子様の体調について心配な場合は係りつけの医師にご相談ください。
- ・オイルを使用する場合はマッサージの前にパッチテストを行い、異常がないことをご確認ください。但し、その日の体調やマッサージの刺激によりパッチテスト確認後やマッサージの後に赤くなったり、湿疹などが現れる場合があります。全身の血流、リンパの流れが促されることによる一時的な症状の場合もありますが、心配な場合には係りつけの医師にご相談ください。オイルについては保護者の判断で使用をお決めください。アピーなど、アレルギーをお持ちの方は特にご注意ください。
- ・許可なく録音・撮影・ビデオ・カメラでの撮影はお控えください
- ・保護者の方はお子様から目を離さないようお願いいたします。貴重品やお荷物などの管理にも十分にご注意ください。万が一、事故やケガなどのトラブルが発生しても当方では一切の責任を負いかねます。

～わらべうたベビーマッサージ教室担当者より～