

## D-Kids ヘルスレポート

保険証、医療証の  
コピーとともに  
提出してください。

① お子様の氏名(ふりがな)

\_\_\_\_\_ ローマ字 \_\_\_\_\_

②生年月日

②血液型

\_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 型

④お子様は今までに大きな病気をなされていますか。 はい・いいえ

↳ 「はい」の方、詳細を  
お書き下さい。

\_\_\_\_\_

⑤現在、投薬をおこなっていますか。 \_\_\_\_\_

⑥食べ物、その他アレルギーはありますか、ある場合、具体的に詳しくお書き下さい。

\_\_\_\_\_

⑦宗教上、アレルギーなどで制限のある食べ物はありますか。

\_\_\_\_\_

⑧平熱 \_\_\_\_\_ 度

⑨かかりつけの医師、病院名をお書き下さい。

\_\_\_\_\_

⑩その他、特にお子様について D-kids が承知しておいた方がよい事柄が  
ありましたら何でもお書き下さい。

\_\_\_\_\_

保護者サイン

⑪以上、上記内容に間違いありません。

\_\_\_\_\_ (印)