

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)