

D-Kids ヘルスレポート

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)