

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)