

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

_____ 年 _____ 月 _____ 日

③ 平熱

_____ 度

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。 はい・いいえ

↳ 「はい」の方、詳細を
お書き下さい。 _____

⑥ アレルギー、または宗教上の理由等で、
制限のある物、事柄、または食べ物がありますか。 はい・いいえ

↳ 「はい」の方、詳細を
お書き下さい。 _____

⑦ かかりつけの医師、病院名をお書き下さい。

⑧ その他、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。

保護者署名:

上記のとおり相違ありません。
