



キッズルーム受付用紙

フリガナ ()

*保護者氏名: _____ 様 *携帯番号: (_____ - _____ - _____)

*緊急連絡先(上記の方、以外の方でお願いします。)

(_____ - _____) (お子様との間柄 _____ 名前 _____)

フリガナ ()

*お子様氏名: _____ 男・女 *誕生日:(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日) *年齢: _____ 才

*入室時体温: _____ °C (平熱: _____ °C) *アレルギー: 有(_____)・無

*本日のお子様の様子: 変わりなし・鼻水・咳・発疹・嘔吐・下痢・1週間以内の発熱(_____ 月 _____ 日)

*同居家族、又はまわりでコロナ・インフルエンザ陽性の方は居ませんか? _____ います・いません

*本日の来院: 父・母・父母 *お預けの方と違う方がお迎えの場合:(間柄 _____ お名前 _____)

*ご利用日: _____ 月 _____ 日 *予約時間: _____ :

*本日の内容: 診察 先採血診察 人工授精 採卵 移植 手術 卵管造影 点滴 説明会 カウンセリング 薬

*当キッズルームのご利用 初めて・あり *激しく泣いて嘔吐した事がありますか? はい・いいえ

*ご利用するにあたって、何か気を付ける事はありますか?(手が出てしまう・嘔み癖がある他) はい・いいえ

「はい」の方:(_____)

*この1週間の間に予防接種を受けていますか? はい(_____ 月 _____ 日 種類 _____)・いいえ

*熱性けいれんが起こった事がありますか? はい(直近のけいれん _____ 年 _____ 月 _____ 日)・いいえ

「はい」の方:(救急搬送: あり・なし/ その時の熱: _____ °C/ 何分続きましたか?:約 _____ 分)

詳しい状況 ※一度お伺いしている方は、ご記入不要です。随時、状況が変わり次第お伝えください。

[_____]

★診察後は速やかにお迎えをお願い致します★

◀担当者記入欄▶ ※以下は当院で記載します

受入担当者	引渡し担当者	入室時間～退室時間	受付印
		: ~ :	

当日、事前の申し出がなくキャンセルとなった場合はキャンセル料が発生します。

