

# キッズルーム受付用紙



\*保護者氏名 \_\_\_\_\_ 様 携帯番号 \_\_\_\_\_  
(カタカナでご記入下さい)

\*お子様氏名： \_\_\_\_\_ (カタカナでご記入下さい)

生年月日 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 年齢： \_\_\_\_\_ 才 入室時体温： \_\_\_\_\_ ℃

アレルギー：有( \_\_\_\_\_ ) ・ 無

\*本日の来院： 奥様 ・ ご主人 ・ ご夫婦 \*交通手段： ( \_\_\_\_\_ )

\*ご利用日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 予約時間 \_\_\_\_\_ :

\*診療内容：診察 人工授精 先採血あり診察 採卵 移植 手術 説明会

\*感染症拡大防止のため、以下のご記入もお願い致します。(○をつけて下さい)

	ワクチン		罹患	
	済	未	済	未
麻疹(はしか)	済	未	済	未
水痘(水ぼうそう)	済	未	済	未
風疹(三日ばしか)	済	未	済	未
流行性耳下腺炎(おたふく)	済	未	済	未
インフルエンザ	済	未	済	未

熱性痙攣	有	無	回数	回	直近の痙攣	年	月	日
------	---	---	----	---	-------	---	---	---

受入担当者	引渡し担当者	入室時間～退室時間	受付印
		: ~ :	

## \*注意事項

当日のお子様の体調によりお預かりできない場合がございます。  
定員を超える場合は、お預かりできない場合もありますので予めご了承下さい。  
診療後は速やかにお迎えをお願いいたします。

