



キッズルーム受付用紙

フリガナ ()

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

*ご本人様以外に連絡のつく方の携帯番号をお願いします。(お迎えをお願いしている場合は、その方の番号)
(_____ - _____) (間柄 _____)

フリガナ ()

*お子様氏名: _____ 男の子・女の子 *呼び方: _____

*お子様の誕生日:(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日) *年齢: _____ 才 *入室時体温: _____ °C

*本日のお子様の様子: 変わりなし・鼻水・咳・発疹・嘔吐・下痢・2週間以内の発熱(_____ 月 _____ 日)

*アレルギー: 有(_____)・無

*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 人工授精 先採血診察 採卵 移植 手術 卵管造影 点滴 説明会 カウンセリング

*キッズルームのご利用経験 初めて・あり *「泣きもどし」はありますか? 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はありますか? 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
		: ~ :	

備考

