

お子様の氏名：

■本日、容態が変わり診察や投薬が必要となった場合

A こちらの医師の指示におまかせします。

B 連絡が欲しいです。(TEL： _____ 部署名： _____ 呼び出し
名： _____)

■登録時からの変更はありますか。 ある ない

ある人はこちらに○を

(住所 勤務先 第一連絡先 通園通学施設 アレルギー 熱性けいれん 他)

変更内容 _____

※ご家庭で用意してもらった物（食事、オムツなど）が、足りなくなった場合は
費用が発生します。ご了承下さい。

令和 年 月 日

令和 年 月 日

令和 年 月 日

了承し、以上の問診に間違いありません。

保護者サイン
