

フリガナ

生年月日： 昭 平 令 年 月 日

お名前 _____ 男・女

園 組 学校 年 組

予約番号

同伴の方	父・母・祖父・祖母・その他 ()
電話番号	

お車のナンバー

お子さんの体温： _____℃

同伴の方の体温： _____℃

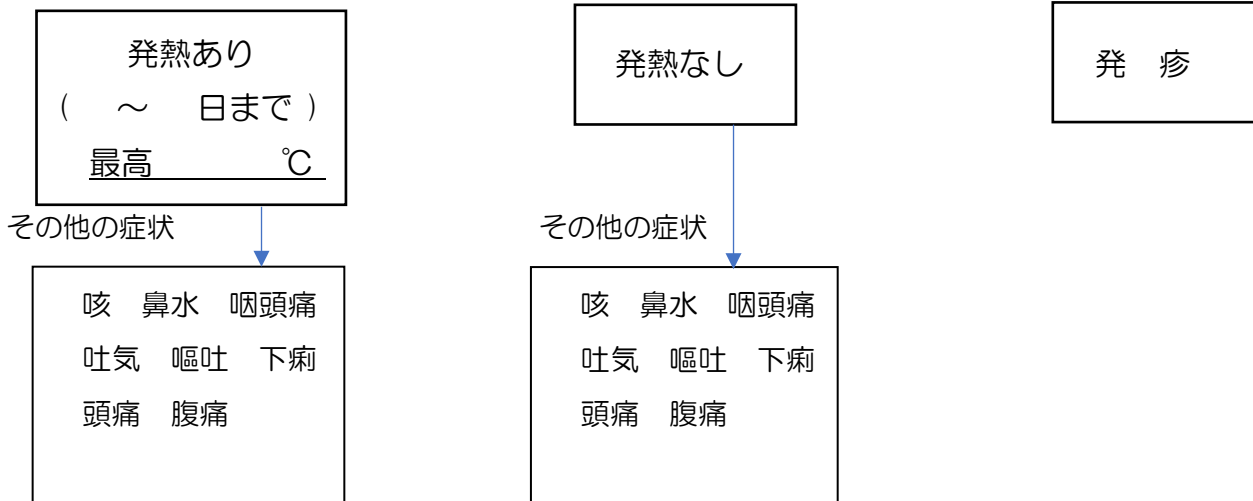
事前に抗原検査をしていますか
いいえ・はい (/)

「みんなでみんなを守る」ために、

入室前に情報をお伝えいただきますようよろしくお願いいたします。

- ① 1週間以内に当院を受診していますか いない・いる (検査)
- ② 県外移動・県外接触はありますか ない・ある (いつ 場所)
- ③ 現在家族でコロナにかかっている方はいますか いない・いる (どなた)
- ④ 現在周りに下記の感染者はおりますか いない
(コロナ・インフルエンザ・水ぼうそう・おたふく・溶連菌・アデノ・RS・ロタ・)
- ⑤ 現在家族を含め周囲に風邪症状のある方はいますか いない・いる (どなた)
- ⑥ 過去に新型コロナウイルスにかかりましたか いいえ・はい (/)
- ⑦ ご家族に妊娠中の方はいますか いない・いる (妊娠 週)
- ⑧ 当院で予約している予防接種・健診はありますか ない・ある (/)

今日の症状は？



*上記以外を受診の場合は下記にご記入下さい

LINEのURLです！

登録をお願いします



R5.1月～

記入日 年 月 日

【 第 子】（携帯番号 _____）

ふりがな
お名前

男・女（生年月日 年 月 日）

市町村：山形市 その他市町村（ _____ ）

在胎（ 週） 出生体重（ _____ g）

出生病院（ _____ ）
（ 濟生病院・さとうウィメンズクリニック・県立中央病院・横山病院
山形大学病院・済生館・東北中央病院・国井クリニック・羽根田産婦人科
川越病院・その他（ _____ ） ）

現在は 母乳・ミルク・混合・離乳食 _____ 回

気になることがあればご記入下さい。

*先生に聞きたいこと

*助産師に聞きたいこと

*看護師に聞きたいこと

*栄養士に聞きたいこと

*歯科衛生士に聞きたいこと