

シンフォニー・デンタル・クリニック託児室～ママのて～問診表

◎お子様のことについてお聞きます。

No.

年 月 日

ふりがな(必ずご記入下さい)

SDC No.

お子様のお名前

男 女

愛称(呼びかける時)

生年月日 平成 年 月 日 才 ヶ月

家族構成 同居している方に丸を付けてください。

父 母 祖父 祖母 本人以外のきょうだい 男・女(才)

男・女(才)

男・女(才)

普段の体調は 良好・良い・普通・あまりよくない・よくない

平熱は 度 分

体質は 特に何もなし アレルギー() その他()

授乳は 母乳 ミルク 混合

首は すわっている すわっていない

おんぶは している していない

抱き方は 縦抱き 横抱き

くせや特徴(好きなもの、寝かせ方等ありましたらご記入ください)その他何かあればご記入ください。

◎保護者様についてお尋ねします。

SDC No.

保護者様氏名 お子様の 父 母 祖父母

住所 〒

電話 固定電話(自宅・その他)

携帯電話(必ずご記入下さい)

利用規約はお読みいただけましたでしょうか。 読まれた方は□にVを入れてください。 □

同意書

私は利用規約について同意した上で、当託児室の利用申し込みをいたします。

年 月 日

シンフォニー・デンタル・クリニック殿

ご芳名

印

個人情報につきましては、お子様の保育の充実のためにのみ利用させていただき
個人情報保護法に基づき、情報の保護には万全を期して対応しております。