

## キッズルーム問診票

フリガナ		生年月日	年齢
お子さま氏名		年 月 日	歳 ヶ月
お電話番号	—	—	
ご利用時間	:	~	:
授乳	施術前に授乳 ・ 施術後に授乳 ☆授乳室がご利用いただけます		
ミルク	飲む ・ 飲まない / 量→ CC 時間→		
お昼寝	する ・ しない / 時間→		
アレルギー	有 ・ 無 有の場合は名称と症状【 】		
疾患	有 ・ 無 ☆熱性けいれんや喘息など 有の場合は名称と症状【 】		

## 同意書

- ・ お子さまが安全に過ごせるよう精一杯努力しておりますが、万一、事故が起きた場合には保育士の重大な過失以外の原因や不可効力の場合、当キッズルームでは事故に対しての責任を一切負わないことをご了承下さい。
- ・ 保護者様よりお預かりしましたお飲み物やミルクをお子さまに差し上げることは可能ですが、そのことによって体調不良等が生じた場合の責任は負いかねます。
- ・ 当クリニックでは万一に備え、損害賠償保険に加入しております。

私は上記に同意し、キッズルームを利用いたします

年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_