

ファミリールーム予約票

診察券番号：	保護者氏名：
利用日時： 20 年 月 日 ()	予約時間：

※当日は職員用入口からお入りいただき、エレベーターで3階へお越しください。

予約時間に遅れる時は必ずご連絡をお願いします。(TEL: 03-5159-1101)

なお、ご連絡をいただいても15分を過ぎますとキャンセルとさせていただきます。

※ご主人様やご家族など、他にお子様を見られる方がいる場合のご利用はご遠慮下さい。

ファミリールーム利用申込書

ふりがな

お子様名： (歳 ヶ月)

お母様連絡先： ()

緊急連絡先	名前
	TEL ()

採卵及び局所麻酔を使用する全ての施術・子宮鏡検査・子宮内膜炎検査
通水検査(フェムビュー含む)での利用の場合は必ず記入して下さい

体温	体調	食欲	機嫌	入室時の体温 ℃ (使用後の体温計はスタッフにお渡しください)		
℃	良好・鼻水・咳・その他	普通・あまりない	良・普通・悪			
前日の就寝時間と本日の起床時間						
就寝	:	/	起床	:	/	睡眠時間 時間
本日の食事状況・睡眠						
朝食時間	(:)	(多い・普通・少ない・食べていない)		バスタオル (2枚)		
午前寝	(:)	~ (:)	/ なし			
昼食時間	(:)	(多い・普通・少ない・食べていない)		オムツ・おしり拭き		
お昼寝	(:)	~ (:)	/ なし	ビニール袋		
ミルク	あり・なし	(:)	に () CC			
排泄状況						
オムツ・布パンツ・トレーニング中 (オムツの着用をお願いします)				着替え・ビニール袋		
間隔	時間	最後にトイレに行った時間	(:) 頃			
排便 (昨夕・夜・今朝 / 普通・軟便・硬便) / なし						
ご家庭からの連絡事項				お弁当・おやつ		
				飲み物・ビニール袋		
				手口拭き用		
				ウェットティッシュ		

* 保育スタッフ記入欄

--

採卵・移植でご利用の方	
本日のお迎え： 父・母 (どちらかに○)	
お父様氏名	
生年月日	年 月 日生
連絡先	()
※ご本人確認ができるものを ご持参ください	