

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 ケ月)

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（フェムビューや含む）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	℃
°C	良好・鼻水・咳・その他	普通・あまりない	良・普通・悪	(使用後の体温計はスタッフにお渡しください)	
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 ビニール袋	
お昼寝	(:)	~	(:) / なし		
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				お弁当・おやつ 飲み物・ビニール袋	
ご家庭からの連絡事項				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
連絡先	()		
※ご本人確認ができるものを ご持参ください			