

お子さんの情報

子ども 氏名*

例：田中

例：太郎

子ども 氏名(フリガナ)*

例：タナカ

例：タロウ

子ども 性別*

男の子 女の子

子ども 生年月日*

選択 ▼ 年

選択 ▼ 月

選択 ▼ 日

*サービスご利用対象年齢は月齢6ヶ月～小学校6年生です。

利用タイプ*

ベーシックプラン ▼

提携割引およびキャンペーンを利用します

はい

*提携割引およびキャンペーン利用の受付は、当フォームでのお申込み時のみとさせていただきます。

後日、お申出いただきましても対応致しかねますので、ご注意ください。

提携割引について

かかりつけ医情報

病院名*

所在地

都道府県*

--選択下さい--

市・区・郡*

町名・番地*

電話番号*

例 : 03-1234-5678

ハイフン付きの半角数字で入力してください

かかりつけ医 2 情報を入力する ▼

かかりつけ医 3 情報を入力する ▼

保育所・小学校情報

保育所・小学校名*

所在地

都道府県

--選択下さい--



市・区・郡

町名・番地

電話番号

例：03-1234-5678

ハイフン付きの半角数字で入力してください

お子さんの既往歴についてお尋ねします

Q1

現在継続治療中、または定期通院中で、これまでに入院したことがある疾患がありますか。*

はい いいえ

Q2

お子さんのアレルギーについてお尋ねします。

食物アレルギーがありますか。*

はい いいえ

薬物アレルギーがありますか。*

はい いいえ

その他のアレルギーがありますか。*

はい いいえ

Q3

喘息がありますか。*

はい いいえ

Q4

けいれんを起こしたことがありますか。*

はい いいえ

Q5

療育施設に通っている、または通園を勧められたことがありますか。*

はい いいえ

ストラテラやコンサータなどの、発達・行動に対する薬を飲んだことがありますか。*

はい いいえ

Q6

その他、入院経験はないが、現在継続治療中、または定期通院中の疾患がありますか。*

はい いいえ

入力完了

ごきょうだい登録

メニューに戻る

印刷