キッズルーム利用申込書および同意書

キッズルーム利用に伴いまして、以下の内容にご同意頂きましてのご利用となります。以下の内容をご確認のうえご署名お願い致します。

①事故や怪我がございましても、その責任は当院では負いかねます。
②目にあまる行為、他のお子様へ迷惑のかかる行為があった場合は、治療の状況に関わらず次回からのご利用をお断りさせていただく場合があります。
③所持品の破損、紛失等が発生した場合の責任は負いかねます。
④採卵、胚移植など治療の内容によってはご利用をお受けできません。
⑤月曜から土曜の午後、日曜、祝日はキッズルームのご利用はできません。
⑥キッズルームは、患者様ご本人のお子様のみのご利用とさせていただきます。
⑦お子様は、キッズルーム以外（診療階）には入ることができません。
⑧感染症対策のため、発熱・咳・発疹・嘔吐・下痢などの症状がある時、また本日の体温が 37.2℃以上の場合はご利用いただけません。
⑨キッズルーム内には防犯カメラが設置されております。

上記の内容を確認のうえ同意いたします。
同意年月日：　　年　　月　　日
カルテ番号：＿＿＿＿＿＿＿＿
患者様氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

お子様のお名前（カタカナ）：＿＿＿＿＿＿＿＿
お子様の年齢：＿＿＿＿歳＿＿＿＿ヶ月
患者様氏名（同意者）　：＿＿＿＿＿＿＿＿
本日同伴者：　母のみ、　父のみ、　ご夫婦　（〇をしてください）
キッズルームご利用経験
　　初めて、　有り　（〇をしてください）
ご利用年月日：　　年　　月　　日
連絡できる携帯番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

本日の状態を記入してください

体温　　℃
嘔吐・下痢（　有　・無　）
発疹　（　有　・無　）
咳　　（　有　・無　）

【担当者記入欄】
利用開始～終了時間　　：　　～　　：
備考

担当者：