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。
⑥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。
⑦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 37.5℃以上の場合はご利用いただけません。（発作性の疾患等をお持ちのお子様は、要相談とさせていただきます）
⑧熱中症を避けるため、水分補給するもの（水や麦茶等）ご持参ください。
⑨原則、授乳行為やおむつ交換などをスタッフが代行することは出来かねます。
⑩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
診察券番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
患者様氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お子様のお名前（カタカナ）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(男児・女児)
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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本日の状態や最近気になる症状等を記入してください
記載時間　：
体温(ご自宅時)　℃
嘔吐・下痢（　有　・無　）
発　疹　（　有　・無　）
咳　（　有　・無　）

お子様の病歴

【担当者記入欄】
利用開始～終了時間　：　～　：
備考

担当者：