

きょうだいルーム利用申込書

日 時	令和 年 月 日
入院している お子様の氏名	
入院病棟	
お預かりするお子様の 氏名（ふりがな） 生年月日・年齢	ふりがな 生年月日 年 月 日 氏名 年齢 才 ヶ月
お預かりする お子様の体調	風邪症状： 有 無 下痢症状： 有 無 体 温：
周囲に体調不良の人の の有無（家族・保育 所・学校等）	有 無
お預かりする時間	時 分 ～ 時 分
ご連絡先 （携帯電話）	子どもとの関係（ ） TEL :
その他 （伝えておきたい事等）	
持ち物 （原則持ち込み禁止）	
お預かり中の 児の状況	
その他	
担当者	