きょうだいルーム利用申込書

お手数ですが確認のため、下記の項目をよく読んで□に✔をご記入ください。

□　預かってくれる人が他にいない。

□　外来受診ではない。

□　お子様もご家族も新型コロナの濃厚接触者ではない。

日　時	令和　　年　　月　　日
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
入院しているお子様の名前（ふりがな）	（　　才）
入院病棟	
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：　　度 （37.5度以上ある場合はお預かり出来ません）
周囲に体調不良の人の有無 （家族・保育所・学校等）	有　　無
お預かりする時間	時　　分　～　　時　　分 （最大90分です、それ以上になる場合はお知らせ下さい）
ご連絡先 （携帯電話）	子どもとの関係（　　） TEL　：
連れてきた人の氏名	続柄（　　）
お迎えの人の氏名 （上記以外の方の場合）	続柄（　　）
持ち物 （原則持ち込み禁止）	
その他 （伝えておきたい事等）	
保育士からの連絡事項	