

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・ご家族とも感染症状がない。
- ☐ 「きょうだいルームのご案内」の内容に同意する。

日 時	令和	年	月	日
<u>お預かりするお子様の</u> 氏名（ふりがな） 生年月日・年齢	ふりがな			生年月日 年 月 日
<u>入院しているお子様の</u> 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）			
2 週間以内に周囲（保 育所・学校他）で学級閉 鎖や感染症罹患の有無	有			無
お預かりする時間	時 分 ～ 時 分 ※利用時間は1 日最大 90 分です。それ以上になる場合はお知らせ下さい。 ※遅れる場合の連絡は、病院代表にお電話いただき交換手にくきょうだいル ームへ>とお伝え下さい。			
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				