

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
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 氏名 生年月日 年 月 日 年 齡 才 ケ月
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)
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	