**きょうだいルーム利用申込書**

令和６年４月３０日改定

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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  ※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＜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 |  |