

内田こどもクリニック病児保育室 キッズデイケアルーム城南 利用登録書

登録番号(No.)

お子さまの名前	ふりがな 〔 愛称 〕	男 女	生年月日 年齢	年 歳	月 カ月	日
通院病院名	病院	担当医師				
保育園・幼稚園・小学校	保育園・保育所・幼稚園・小学校					
保護者氏名	ふりがな	電話番号()-()-()				
住所						
緊急連絡先	名前() 続柄() Tel()					
	名前() 続柄() Tel()					
利用区分	生活保護世帯 ・ 市県民非課税世帯 ・ 所得税非課税世帯 ・ 該当なし					
アレルギー	なし ・ あり (具体的に)					

キッズデイケアルーム城南施設利用に関する同意書

- 当日は内田こどもクリニックにて診療を受けてから病児保育室へ入室となります。診療の結果や状態によってはお預かり出来ないことがありますのでご了承ください。
- 前日からの予約は基本的に行っておりません。利用される場合は必ず当日 8 時以降に電話で予約してください。なお、予約をキャンセルする場合も必ず連絡してください。
- 病児は急変することがあります。
 - 必ず、連絡がつく電話をお教えてください。
 - 入室後の状態の変化で、予定外の処置や投薬を行うことがあります。保護者の方との連絡がつかない場合は、医療施設の判断で処置を行います。
- 午前中の入室は 11 時半までをお願いします。ご連絡なく時刻が過ぎた場合は無断キャンセルとなります。
- お迎え時間に何度も遅刻される場合や無断キャンセルが続くときは以後の入室をお断りすることがあります。

上記の事項について理解し同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名

