

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 カ月
通院病院名	病院	担当医師				
保育園・幼稚園 小学校名	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()					
居 住 地	福岡市		福岡市以外			
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。
- 利用される方はネット予約をお願いします。
“**当日利用された方**”は次の日の予約の際に「前日利用されていますか」の質問に、「利用した」チェックを入れて下さい。
キャンセルは、7時30分までにネット、間に合わない場合は8時15分～8時30分までに電話にて必ず行ってください。
- 病児は急変することがあります。
・急変時、処置や投薬を行うことがありますので、必ず、連絡がつく電話をお教えてください
保護者の方との連絡がつかない場合は、医師の判断で処置を行います。
- 基本的に処置は保護者同伴となります。連絡を致しますのでお迎えをお願いします。
- 予約確定後、利用時間までに来院されず、連絡もない場合は自動キャンセルとなります。
- 玩具持参はご遠慮ください。破損や紛失の責任は負いかねます。
- 病児保育の利用は17時30分までで、延長保育は行っておりません。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次回から利用出来なくなります。

上記の事項について理解し同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名

印