

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、ネットもしくは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。
  - 必ず、連絡がつく電話をお教えてください。
  - 急変時、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。
- 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。
- 出来るだけ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。
- 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。

令和 年 月 日  
保護者氏名 ④