

産 後 ケ ア 利 用 同 意 書

西暦 年 月 日

必ず同意事項をお読み頂き、ご記載をお願い致します。

■利用同意者記入欄

利用病棟	2階西病棟
利用日	年 月 日
患者ID	

フリガナ		生年 月日	西暦 年 月 日 (満 才)
お名前(母)			
フリガナ		出産日	西暦 年 月 日
お名前(子)			
出産施設		退院日	西暦 年 月 日
利用予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
ご自宅	フリガナ		
	住所		
	電話番号	ご自宅 ()	緊急連絡先 ()
面会者からの利用の有無、部屋番号等の問い合わせの際、回答を行ってもよろしいですか？ はい ・ いいえ (いずれかを○で囲んでください) ※ “いいえ” の場合、御家族の問い合わせに対しても、利用の情報についてお答えをすることはできません。			

同 意 事 項

この度の産後ケア利用について、次の記載事項を遵守する事を同意者連署の上、同意致します。

- ☐ 1. 利用中は病院長等の指示または諸規定に従い、違反した場合は、利用中止を命ぜられても異議を申しません。
- ☐ 2. 第三者からの電話での患者紹介(使用しているかどうか)は、一切行いません。
- ☐ 3. 身体上又は宗教上の理由等で、特別の制限やご希望がある方は、病棟スタッフステーションへお申し出ください。
- ☐ 4. 院内は禁煙(電子タバコを含む)となっております。
- ☐ 5. 利用中、お子様を預けての外出はできません。
- ☐ 6. 利用中に医師の診察を受けたり、お薬を出すことはできません。
- ☐ 7. 赤ちゃんとお母さん以外のご家族の面会や宿泊はできません。