



## 産後ケア同意書

当院では、産後ケアご利用にあたり、以下の内容にご同意いただきたくお願い申し上げます。

### 条件

1. 産後ケアご利用にあたり、現在のコロナ対策は守って頂きます。
2. 家族が同伴される場合は入院時抗原検査をして頂きます。(抗原検査代として大人子どもも各々で 3300 円かかります) また大人の方はコロナワクチン 3 回接種済の方となります。
3. 来院されてからの、家族の方の外出は可能です。必ず夜の 21 時までには帰院するようにお願い致します。(夜 21 時以降は正門の鍵が施錠されます)
4. ケア利用時前に風邪症状などがある場合は連絡を頂き、調整させて頂くことがあります。
5. 児の管理については、呼吸センサーを利用し、ベッドでの添い乳は転落防止のため避けさせて頂きます。
6. 児のけがや事故に関しては、一切の責任を負いかねます。自己での責任となりますのでご注意ください。
7. 家族の方のアルコールの持込みや飲酒での来院は不可とさせて頂きます。
8. 昼間は児の預かりは可能ですが、夜間は基本母子同室とさせて頂きます。

令和 年 月 日

Ladies & Maternity Clinic SANTA CRUZ 宛

私は上記内容を承諾した上で、産後ケアの入院を希望します。

ご本人様氏名: ⑩

TEL:

配偶者・ご家族様氏名: ⑩

同伴されるお子様の氏名とご年齢: