



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. 来院されてからの、家族の方の外出は原則夜の 21 時までには帰院するようにお願い致します。
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倒防止のため避けさせて頂きます。
6. 児のけがなどの事故については、医療行為の介入を目的としていないため、当院での責任を負いかねます。
7. 児の安全性についても常に監視はしておりませんので、自己での責任となることをご了承下さい。
8. 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。
9. 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: