産後ケア利用の申込み兼同意書

恵仁会　田中病院　令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="5">利
用
者</td><td>氏名</td><td>生年月日</td><td>年　月　日
（　　才）</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所
（電話）</td></tr>
<tr><td colspan="3">緊急連絡先
氏名　　利用者との関係</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所
（電話）</td></tr>
<tr><td colspan="2">乳児の氏名
（出生体重　　）

乳児の氏名
（出生体重　　）</td><td>生年月日
年　月　日
生年月日
年　月　日</td></tr>
</table>

産後ケアを利用するにあたり、以下の項目に同意します。

☐ 他の患者様の出産や処置のためすぐに対応できない場合があります。

☐ 分娩中や処置中および夜間は、授乳指導・育児相談・沐浴に対応できない場合があります。

☐ お預かり中の赤ちゃんの様子によっては、赤ちゃんのために母子同室をお願いすることがあります。

☐ 産後ケア利用途中のお部屋の移動はできません。

☐ ワクチン接種当日は産後ケアをご利用いただけません。

☐ 産後ケア利用中のワクチン接種や医療行為はできません。

（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

重要：産後ケア事業以外で申し込まれる方は、申込み時に申し込み金１万円が必要です。