

家族入院申込書・同意書

R2.7.18改訂

家族入院についての説明を読み、同意したうえで記入してください。

記入日 20 年 月 日

| | | | | | | |
|------|------|------|---|---|---|---|
| 本人氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 住所 | 電話番号 | | | | | |

ご希望のお部屋のタイプについて○を入れてください。

| | | | | |
|-------|--------------|----------|--------------------------------------|--|
| クローバー | 患者様＋ 家族1人 | 10000円/日 | ベッド2台 アメニティ、タオル類2セット | |
| | 患者様＋ 家族2人 | 13000円/日 | ベッド2台＋布団1組 アメニティ、タオル類3セット | |
| | 患者様＋ 家族3人 | 14000円/日 | ベッド2台＋布団2組 アメニティ、タオル類4セット | |
| カトレア | 患者様1人 | 8000円/日 | ベッド1台 アメニティ、 タオル類1セット | |
| | 患者様＋ 家族1人 | 9000円/日 | ベッド1台＋ソファベッド(布団1組) アメニティ、タオル類2セット | |
| | 患者様＋ 家族2人 | 11000円/日 | ベッド1台＋ソファベッド(布団2組) アメニティ、タオル類3セット | |
| Hルーム | 患者様＋ 家族1人 | 8000円/日 | ベッド2台＋アメニティ、 タオル類2セット | |
| | 患者様＋ 家族2人 | 11000円/日 | ベッド2台＋布団1組 アメニティ、タオル類3セット | |

※お子様の場合、大人とベッドを同床する場合は何人でも一緒に家族入院できます。

確認事項 (ご覧になって□のところにチェックして下さい)

- 入院状況によっては、希望通りのお部屋を利用できない場合があります。
- 家族入院は分娩後からとなります。入院期間は分娩当日から産後4日目の5日間です。
- ご家族の利用人数が変更の場合も、お部屋の変更・価格の変更はできかねます。
- 防犯上21時～翌日8時までは玄関の出入りはできません。
ただし、この時間帯にご家族が出勤等される場合はあらかじめスタッフにご相談して下さい。
- ご家族の面会時間外の出入りは極力避けてください。
- ご家族や上のお子様が感染症にかかる、発熱・咳・嘔吐・下痢・発疹などの症状がある場合は、新生児母体の感染予防のため家族入院はできかねますので、ご了承ください。
- 上のお子様は病棟でお預かりすることはできません。
- お子様は基本的にはお部屋で過ごしていただくようになります。怪我にはご家族でご注意ください。
- お部屋の備品や壁の落書き・電子レンジの使用等にはお気をつけ下さい。
損傷や破損が生じた場合は原状回復費をいただきます。
- ご家族のお食事を注文されない場合は、ご家族用のお箸などご持参下さい。
- 予約キャンセルについて

家族入院の予約は別枠となっております。

予約キャンセルされた場合、通常のお部屋が満床の際には上記の部屋に泊まっていただきます。

また入院当日キャンセルされた方はお部屋1日分の料金をいただきますのでご了承ください。

裏面もご記入ください→

付き添われる家族の氏名をご記入ください

| | |
|-----------------------------|---------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 年齢 | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 付き添い期間 | |
| 食事希望 (変更可能) | あり ・ なし |
| 知らせておきたいこと (アレルギー など) | |

| | |
|-----------------------------|---------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 年齢 | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 付き添い期間 | |
| 食事希望 (変更可能) | あり ・ なし |
| 知らせておきたいこと (アレルギー など) | |

| | |
|-----------------------------|---------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 年齢 | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 付き添い期間 | |
| 食事希望 (変更可能) | あり ・ なし |
| 知らせておきたいこと (アレルギー など) | |

| | |
|-----------------------------|---------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 年齢 | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 付き添い期間 | |
| 食事希望 (変更可能) | あり ・ なし |
| 知らせておきたいこと (アレルギー など) | |

受け取り日 _____ 年 月 日

スタッフサイン _____