

おひさま歯科 おとなこども歯科

キッズルーム・無料託児サービス利用同意書

皆様の大切なお子様を安全にお預かりするために、下記の内容をご確認の上署名をお願いいたします。

- ☆ 対象年齢は0歳～小学生のお子様となり、来院時にキッズスペースにて保育士がお預かりいたします。
- ☆ お預かりは保護者様やご兄弟の方の診療中のみです。待合に保護者様がいらっしゃる場合は保護者様の責任のもと、一緒にお過ごしください。
- ☆ **飲食禁止です。**他の患者様やお子様もいらっしゃるのので、飲食は控えていただきますようお願いいたします。
- ☆ 保育中に保育士はキッズルームを離れることができません。お子様のトイレやおむつ交換などは事前に済ませてください。（お手洗いにおむつ交換台があります）
- ☆ 他のお子様につつってしまう病気や発熱のあるお子様、お薬を服用中など体調不良時のお預かりは出来ませんのでご了承ください。
- ☆ 長時間泣いたり、走り回ったり、嘔吐や脱水症状など、お子様を安全に託児することが出来ないと判断した場合は、お断りをさせていただきます。
- ☆ 保護者様やご兄弟の方の診療が終わりましたら、キッズルームまでお子様のお迎えをお願いいたします。

※お子様は保育士が安全に十分に気を付けてお預かりさせていただきますが、万が一ケガ等を負われましても一切責任は負いかねますのでご了承ください。

以上のことを理解し、キッズルーム利用に同意いたします。

年 月 日 保護者署名

生年月日/ H ・ R 年 月 日
() 歳

生年月日/ H ・ R 年 月 日
() 歳

お子様のことで事前にお知らせすべきことがあれば、ご記入ください。