

## 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～未就学児のお一人でお待ちいただけないお子様に限り、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。ベビーカーで保護者様と一緒に診療室に入っていただけます。
  - ☆ お預かりは保護者様の診療中のみです。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。
  - ☆ 原則**飲食禁止です**。他の患者様やお子様もいらっしゃるので、飲食は控えていただきますようお願いいたします。（熱中症対策のため水分補給は行っていただいております。）
  - ☆ 託児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。（お手洗いにむつ交換台があります。おむつはお持ち帰りください。）
  - ☆ 他のお子様にう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。
  - ☆ 託児のご予約は保育士が対応できない場合もございますので、次回予約の際に託児の予約も必ずしていただくか、3日前までにご連絡ください。
  - ☆ 保育士が当日、体調不良等でお休みした場合はお預かりできないこともございます。ご了承ください。
- ※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

《お子様の名前（ひらがな）・生年月日・愛称》

生年月日/ H ・ R 年 月 日

名前 ( ) 歳 愛称

生年月日/ H ・ R 年 月 日

名前 ( ) 歳 愛称

生年月日/ H ・ R 年 月 日

名前 ( ) 歳 愛称

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。