

## 産後ショートステイの注意事項及び同意書

1. 産後ケア事業の申請内容を市役所各関係機関に連絡し、お母さんと赤ちゃんの支援について情報共有することに同意します。
2. お母さんや赤ちゃんの体調が急変した場合の応急処置、または災害時に緊急避難を要する場合など、その際は清水産婦人科にお任せいただきます。状態に応じて医療機関に連絡することがあります。緊急連絡先にも連絡を取らせていただくことがあります。
3. 当院は医療施設です。他の患者様の出産や処置によって夜間すぐに対応が出来ない場合があります。
4. お母さんと赤ちゃんのみが対象です。他の方の宿泊はできません。ご家族の面会は入院時（13時～15時）です。それ以外の時間帯のご家族の出入りはできません。ご家族を含めた育児指導は面会時間内のみ対応いたします。なお、面会は赤ちゃんのお父さんとお兄弟のみ可能です。
5. 宿泊部屋の指定はできません。
6. 食事は院内食といたします。
7. 産後ケアの利用について、次のことに同意します。
  - ① 部屋の備品や設備を破損、損失した場合、全額弁償します。
  - ② 現金や貴重品の管理は自己の責任で行います。
  - ③ 他の利用者への迷惑行為はしません。
  - ④ 母子同室中でのトラブル、事故に関しては自己の責任で行います。
  - ⑤ 敷地内での飲酒、喫煙はしません。
  - ⑥ 赤ちゃんのみを置いての外出はしません。
8. 宿泊中に必要なお薬はご持参ください。入院中の処方はできません。
9. 事前に申し込みをされた方でも、当日母子がいずれかの場合は、原則として利用できません。
  - ・下痢、嘔吐があるとき
  - ・発熱（37.5℃以上）があるとき
  - ・伝染病や感染症の疑いがあるとき
  - ・家人で体調の悪い方がいる場合お申し出ください（状況によって利用できないこともあります）
  - ・スタッフが利用に適さないと判断した場合
10. 利用日3日前の正午以降にキャンセルを申し出た場合は、いかなる場合であっても5000円のキャンセル料を支払うことを約束します。

上記の諸規則を遵守し入所を申し込みます

年 月 日 署名：

| 緊急連絡先 1 |  |    |  | 緊急連絡先 2 |  |    |  |
|---------|--|----|--|---------|--|----|--|
| お名前     |  | 続柄 |  | お名前     |  | 続柄 |  |
| 住所      |  |    |  | 住所      |  |    |  |
| 電話番号    |  |    |  | 電話番号    |  |    |  |