

# 立ち会い分娩同意書

体温

℃

アルテミスウイメンズホスピタル  
院長 松岡 良 殿

同意確認事項を読み、チェックボックスに✓チェックを記入してください。

【同意確認事項】 ※ 市中の感染状況により、対応を変更することがあります。

- 感冒症状（発熱・咳・のどの痛み・頭痛・下痢・嘔吐）がない
- 同居家族に感冒症状による体調不良者がいない
- 2週間以内に複数人での飲酒を伴う食事会に参加していない
- 不織布マスクを正しく着用する
- 会話は声量を抑える
- 立ち会いの時間はスタッフの指示に従う（産前～産後2時間）

※ スタッフの指示に従えない場合、途中退室していただく場合があります

上記の内容に同意し、立ち会い分娩を希望します。

年 月 日

同意者署名：

患者様氏名：

（ 続柄： パートナー / 実母 ）