

病児保育同意書兼重要事項確認書

病児保育室は、保護者の方に代わり看護師・保育士が病気のお子様をお預かりする施設です。通常外来で治療可能な病気にかかられたお子様が対象で（麻疹、風疹、水痘、結核、ノロ・ロタウイルス等の感染力が強い疾患は対象外）、かかりつけ医又は園指定の嘱託医からの指示に従い、安静・投薬の療養をいたします。

皆様が安心してご利用いただけるよう、ご利用にあたって下記の重要事項をご確認くださいますようお願いいたします。

◆ご利用にあたっての重要確認事項◆

1. 予約受付後、利用当日朝の病状により保育が出来ないと判断した場合は、お預かりできない場合があります。
2. 利用者間の感染には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全く無いと言う事ではありません。
3. 急変時、お子様の状態により保護者様へご連絡を致します。
4. 保育中に病状が悪化し保育の継続が困難になった時には、予定時間前でもお迎えをお願いします。
5. 当病児保育室では、医療行為及び医療処置は致しません。ただし、喘息の吸入処置は、医師連絡票のかかりつけ医又は嘱託医の指示ある時かつ保護者からの許可同意にて行います。
6. 当病児保育室での保育中、必要であればかかりつけ医又は園指定嘱託医を受診していただきます。
7. 緊急時には、事後承諾で先に治療を開始する場合があります。（別途、費用がかかります）
8. 特別な理由がなく1歳以上で水痘ワクチン・MRワクチン（麻疹・風疹混合ワクチン）・BCGの接種していない方は、他の方の感染リスクを考慮しお預かり出来ません。
9. ご利用当日は、必ず連絡が取れるようお願いいたします。
10. 緊急連絡が取れなかったことにより不利益が生じても、当病児保育室では責任を負いません。
11. 延長保育はありませんので必ず17:00までにお迎えをお願いいたします。
事故・災害などのやむを得ない事情を除き、連絡のない遅刻を繰り返す場合は次回からのご利用をお断りすることがあります。
12. かかりつけ医による医師連絡票は、取得日を含み5日間有効です。（土日祝日を含む）
13. ご予約のキャンセルは可能ですが、必ずご連絡をお願いいたします。（当日の6時半までに）
14. 事前連絡なしにご利用をキャンセルされた時には、登録を抹消させていただく場合があります。
15. 災害等により他の場所へ避難をした場合には、当病児保育室入り口に避難先を掲示いたしますので、お迎えは指定避難場所をお願いいたします。

上記内容を確認し承諾の上同意し署名します。

[保護者名] _____ 印

[住 所] 〒 _____

[連 絡 先] TEL _____

[児 童 名] _____

[生年月日] _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)