

送迎病児保育利用同意書

（宛先） 鴻巣市長

以下の重要事項確認項目の内容を確認し、左欄の□にチェック（☑）をつけてください。

| | 重要事項確認項目 |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 送迎病児保育は救急搬送の医療とは明確に異なること、また、面識のない大人に知らない場所へ連れて行かれることは子どもの心身への負担が大きいことを十分に理解したうえで、送迎病児保育を利用します。 |
| <input type="checkbox"/> | 送迎病児保育を利用中は、常に連絡のとれる状態にしてください。 |
| <input type="checkbox"/> | 送迎病児保育は、打撲、裂傷等の外傷性の損傷での利用はできません。 |
| <input type="checkbox"/> | 病児保育室の利用状況により、保育室が確保できない等の理由により送迎病児保育をお断りする場合があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 入室前診察は、実施施設の指定した「協力医療機関」で行います。退室後、必要な場合には、かかりつけ医を受診してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 診察結果によっては、病児保育室でのお預かりが出来ませんので、その場合は、直ちにお迎えをお願いします。 |
| <input type="checkbox"/> | 症状により採血、エックス線検査又は処置治療が必要とされた場合は、電話による実施の確認又は医療機関に来ていただくことがあります。 |
| <input type="checkbox"/> | 症状がさらに悪化し、再度医師の診察が必要と判断された場合は、お迎えをお願いします。 |
| <input type="checkbox"/> | 緊急を要する場合は、保護者の了解を得ないまま医療機関に搬送し、受診治療を行うことがあります。 |
| <input type="checkbox"/> | 病児保育料、診察諸経費等については、病児保育室へお迎えの際に精算してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 送迎中に生じた損害は、送迎車両の加入している保険が適用される範囲内で補償されます。 |
| <input type="checkbox"/> | 本同意書の有効期間は、同意した年度の3月31日までとなります。送迎病児保育の利用に当たっては、年度ごとに同意書の提出が必要です。 |

年 月 日

児 童 名 _____

住 所 _____

保 護 者 名 _____

緊急連絡先

| | 氏名 | 電話番号 |
|-----|----|-----------|
| 父 | | 勤務先・自宅・携帯 |
| 母 | | 勤務先・自宅・携帯 |
| その他 | | 勤務先・自宅・携帯 |