

同意書

病児保育室 キッズスマイル 管理者様

私は、病児保育室を利用するにあたり、次の内容について同意いたします。

1. 利用の際は、かかりつけ医を受診し、利用申請書及び病状連絡票を提出すること。
また、利用当日の病状によっては、利用できない場合があること。
2. 児童の病状に急激な変化があった場合や予測できない事故等で、何らかの治療や処置が必要となった場合、その他、緊急に保護者と連絡をとる必要がある場合は病児保育から連絡をするので、いつでも連絡がとれるようにすること。また、保育の継続が困難と判断された場合は、連絡により利用途中であっても迎えにくること。
3. 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡するより早く、医療機関に搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があること。
4. 医療機関での受診・治療措置が行われた場合、その際発生する医療費等は保護者負担となること。
5. 児童の保育にあたっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず病児保育室内で児童の相互感染が起こる場合があること。
6. 医師からの与薬や処置の指示がある場合、看護師・保育士等が対応すること。
7. 病児保育室から指示された預かり時間は厳守すること。
8. 万一の事故については、病児保育室において加入する保険をもって補償に充てること。
9. 登録及び利用申請において日置市と病児保育室が知り得た個人情報、目的以外には使用しないが、必要があれば医療機関には提供される場合があること。

年 月 日

住所 _____

保護者氏名 _____

児童名 _____