

様式第4号（第9条関係）

送迎病児保育利用同意書

ふじみ野市長 宛て

以下の重要事項確認項目の内容を確認し、左欄の□にチェックを付けてください。

チェック	重要事項確認項目
<input type="checkbox"/>	送迎病児保育は、内科的疾患（発熱・咳・下痢・嘔吐等）が対象となりますので、打撲や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"/>	子どもが啼泣（ていきゅう）の状態でも、病状を優先して送迎病児保育が実施されます。
<input type="checkbox"/>	入室前診察は、病児保育を実施する医療機関で行います。退室後、必要時には、かかりつけ医を受診してください。
<input type="checkbox"/>	診断により保護者の保護が必要とされた場合は、病児保育室でのお預かりが出来ませんので、直ちに迎えに来てください。
<input type="checkbox"/>	病状により、採血やエックス線検査、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場合があります。
<input type="checkbox"/>	入院加療が必要とされた場合は、直ちに迎えに来てください。
<input type="checkbox"/>	病状が更に悪化し、再度医師の診察が必要と判断された場合、保護者にお迎えをお願いする場合があります。
<input type="checkbox"/>	緊急を要する場合は、保護者の了解を得ないままに医療機関に搬送し、受診治療措置を行う場合があります。
<input type="checkbox"/>	病児保育室でのお子様の引き渡しは、身元が証明された方のみとなります。
<input type="checkbox"/>	病児保育料・診察諸経費等については、病児保育室へのお迎えの際に精算してください。
<input type="checkbox"/>	住民登録台帳等、利用者及び保護者の情報を、自治体を通じて調査することがあります。
<input type="checkbox"/>	登録申請書等に記載された内容について、保育所等と情報を共有することがあります。

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、上記の内容について同意いたします。

年 月 日

住所

児童氏名

保護者氏名