

病児保育送迎サービスの同意書

以下の重要事項を確認の上、同意した項目に☑を付けてください。

送迎サービスご利用の為にはすべてに同意をお願いします。

- ☐ 病児保育室の利用状況により、送迎サービスを利用できない場合があること(満室・個室隔離が困難など)に同意します。
- ☐ お子様が泣いている場合でも、病状を優先して送迎を行うことや、お迎え時のお子様の状態から利用が困難と判断された場合は、送迎対応が利用できないことに同意します。
- ☐ 診察時や預かり中のお子様の体調によって、採血・検尿・点滴・レントゲン写真・心電図・綿棒を用いた迅速検査・浣腸・ネブライザー吸入などの処置や検査を行うことに同意します。
- ☐ お迎え保育は、保育を目的としているため、救急車やドクターカーと異なり現場での医療処置は行うことができないことに同意します。
- ☐ 当院でのお預かりが困難と判断された場合(高度な医療処置が必要、感染隔離ができない、災害など)は、保育ができないため速やかなお迎えをお願いします。
また、常に連絡が取れるようにしておくことに同意します。
- ☐ 全身状態の評価や感染症の有無など、医学的な判断は当院の医師が行うことに同意します。
- ☐ お迎えの際に、交通費(往復のタクシー代)や消耗品などの清算を行うことに同意します。
(交通費につきましては、お住まいの市町村によって、補助金の対象となる場合がございます)

上記について同意します。

年 月 日

住所

児童氏名

保護者氏名