

同意書

1. 入室中・入室前後、その他医師が必要と認めた場合は、協力医療機関である井上小児科皮フ科での診察や検査を受けることがあります。
2. 入室中に容体が変化し、医師が入院を必要と診断した場合は、ご利用を中断し、保護者の方にお迎えに来ていただきます。保護者の方は必ず連絡がつくようにしておいてください。
3. 病児保育室では、さまざまな症状のお子さんをお預かりします。また、感染対策には最善を尽くしますが、医師の指示のもと同室での保育・看護をする場合があります。
4. 入室予約が定員に達している等、受け入れが困難な場合には、入室予約はお受けできません。
5. 食物アレルギー等、食事に個別の配慮が必要な場合は、保護者の責任のもと弁当・おやつ・飲み物等の持参をお願いします。
6. 入室時に持参して頂いた食器や衣類等は、温めや着脱など使用時に破損・変形する可能性があります。取り扱いには注意しますが、その旨ご了承ください。
7. 保育記録等個人情報、本事業実施に必要な限り、協力医療機関である井上小児科皮フ科と共有します。登録いただいた情報に変更がありましたら、ご利用時にお知らせください。
8. 平日は 8 時から 18 時、土曜日は 8 時から 12 時 30 分までの入室です。利用時間を厳守してください。正当な理由なく、保育時間を過ぎてもお迎えに来られない場合、次回以降のお預かりをお断りすることがあります。時間に遅れる場合は必ず連絡をお願いします。
9. 本同意書の有効期間は、登録児が満 12 歳の 4 月 1 日までとなります。

病児保育室「とん ことり」を利用するにあたり、以上のことに同意します。

年 月 日

病児保育室 とん ことり

登録児氏名 _____

施設長 井上 真奈美

保護者氏名 _____ (印)