

同意書

私は、三木市病児病後児保育室ノアを利用するにあたり下記の内容に同意します。

- ① 子どもの状態や病状の経過により、処置及び検査が必要になる場合などは、
医師の判断で処置及び検査をお願いします。
- ② 尚、その場合は提携病院での診察扱いとなるので、保険に応じた料金が発生した場合
その料金を支払います。
- ③ 診察・検査の結果により、新たな感染症と分かり施設の利用ができないことが発生した
場合や、症状が悪化し、保育看護の継続が困難と判断した場合は利用途中でも
迎えにきます。
- ④ 処方されている薬の与薬を依頼し、医師・看護師の指示のもと保育士が
行うことも許可します。また薬の説明書・お薬手帳も提出します。
- ⑤ 利用するにあたり処方されている薬は、必ず服用し熱や子どもの状態を把握し
家庭との連絡票に記入して来室します。
- ⑥ 利用期間中で、登園・登校した場合は自動的に残りの予約をキャンセルします。
- ⑦ 利用時間を守ります。

年 月 日 保護者署名 _____

児童名 _____