

同意書(保存版)

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 こどもの状態や病状の経過により、医師の判断で処置及び検査をお願いします。

その場合、提携病院での診察扱いとなり、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。

② 診察・検査の結果、新たに感染症と診断され施設が利用ができない場合や、症状の悪化により保育看護の継続が困難と判断された場合は利用途中でも迎えにきます。

③ 医師・看護師の指示のもと、処方されている薬の与薬を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。

④ 利用するにあたり処方されている薬は、必ず服用します。

また、こどもの体温や状態を把握し「家庭での様子」に記入して来室します。

⑤ 緊急事態(けいれんの発作・アレルギー発作など)の場合、医師や救急隊員に正確な状況を知らせる為に、動画の撮影を許可します。

はい いいえ

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。

⑧ ノアでは感染症対策の為可能な限りマスクを着用します。

年 月 日 保護者署名 _____

児童名 _____