

別記
第2号様式（第7関係）

八戸市病児送迎サービス事業利用に関する同意書

年 月 日

病児保育施設

施設長 様

申込者（保護者） 氏 名

住 所

上記の病児保育施設において、八戸市病児送迎サービス事業を利用するにあたり、以下の事項の内容に同意します。

八戸市病児送迎サービス事業（以下「本事業」という。）とは、仕事等の理由により児童を迎えに行くことが困難な保護者の代わりに、病児保育室の看護師等又は保育士が、保育所等において体調不良となった児童を迎えに行き、当該病児保育施設へ送り届ける事業をいいます。

※ 次のすべての項目を必ずお読みいただき、送迎利用に同意される場合は、最下段に署名してください。同意がない場合は利用できません。

	確 認 項 目
お 迎 え 時 等 の 対 応 に つ い て	お迎えに行くのはお子様にとって面識のない大人です。 体調が悪い中、面識のない大人に知らない場所に連れていかれることは、お子様の心身への負担が大きいということを十分理解した上で、利用すること。
	病児保育施設の当日の利用状況（定員に達しているなど）や申込時に他の児童が送迎対応を利用中の場合は、利用できないまたは送迎対応の利用を待つことがあること。
	本事業の利用対象となる病気は、発熱・咳・下痢などの入院を必要としないもの、重症疾患等ではないこと。
	本事業を利用することとなった場合は、本事業を利用すること・病児保育施設名および迎えにくる看護師等又は保育士名を必ず保育施設等に電話で伝え、お子様のお預けをお願いすること。
	お迎え先の保育施設等で、お子様の症状から送迎に向かった看護師等又は保育士の判断により利用困難と判断した場合は、本事業を利用できないことがあること。
	万一、送迎中の車両事故により、お子様が受傷された場合は、送迎車両の加入する保険による補償を行うこと。
	送迎後は、病児保育室併設医療機関にて診察を行うこと。

裏面あり

	確 認 項 目
利 用 料	お子様のお迎え時に以下の費用を施設に支払うこと。 ・ 病児保育利用料 ・ 病児保育利用に係る経費（オムツ、食事等） ・ 併設医療機関の診察、その他必要な検査に要した費用
送 迎 後 の 対 応	併設医療機関での診察にあたり必要な事項（直近の既往歴・現在服薬中の薬 等）について問い合わせの電話連絡があった場合は、その内容について伝えること。
	併設医療機関の診察後、病状の説明や検査、治療についての同意を電話で行うこと。連絡が取れない場合は、併設医療機関の判断により検査・治療を行うこと。
	病状が悪化した場合など、送迎後に病児保育の継続が困難と病児保育施設が判断した際は、お迎えをお願いする場合があること。
	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、検査、処置治療等を行う場合があること。
	その他併設医療機関又は病児保育施設から必要時に電話連絡があった場合は、これに応じること。
	あらかじめ定められた病児保育施設の利用時間までに迎えに来ること。
そ の 他	八戸市病児送迎サービス事業事前登録申請書及び当書類等に記載された内容について、保育施設等と情報を共有することがあること。

上記、確認事項に同意します。

年 月 日

申込者（保護者）署名