

同意書

庄原市長様

庄原市病児病後児保育を利用するにあたり、下記の内容を承諾し同意します。

記

- 1 利用当日において児童が次の症状等に該当する場合や施設状況によっては、医師連絡票を提出しても利用できない場合があること。
①38.5℃以上の発熱が続いている ②下痢、嘔吐がひどい ③脱水症状がある
④咳がひどく呼吸困難がある ⑤食欲がなく、ほとんど食べたり飲んだりできない
⑥その他、医師の判断により利用できないと判断された場合
- 2 児童の保護者は、利用当日必ず連絡が取れるようにすること。
- 3 児童の症状が悪化し、保育の継続が困難と判断した場合や、医療機関での受診が必要と判断した場合は、保育を中止することがあり、その際は速やかに迎えに来ることとし、利用者負担金は通常通りとする。
- 4 児童の症状が急変し緊急受診の必要がある場合は、保護者との連絡が取れない場合であっても、医療機関等を受診することがあり、またその際発生する医療費等は保護者負担となること。
- 5 かかりつけ医及び協力医療機関に、児童の病状についての情報提供を行うこと。
- 6 児童の在籍している保育所(園)、幼稚園等又は児童が就学している小学校と実施者の間において、当該児童について必要時に情報交換を行う場合があること。
- 7 病児病後児保育利用中に、施設の性質上、児童同士等の感染が起こった場合においても実施者の責任を問わないこと。
- 8 病児病後児保育の利用は、原則として休所日を含む連続7日までとすること。
- 9 庄原市病児病後児保育事業実施要綱第8条に規定する利用者負担金を決定するために必要な市民税・所得税の情報及び世帯情報を閲覧することを承諾すること。

平成 年 月 日

住 所 庄原市 町

保護者氏名

印