

病児保育利用に関する同意書

社会医療法人敬愛会 中頭総合ちばなクリニック
病児保育よつばルーム

1. 当日の病状によって保育ができないと判断した場合は、保育をお断りする事があります。
2. 申込時の内容に変更もしくは虚偽があった場合は、受け入れをお断りする事があります。
3. 必ず連絡が取れる連絡先をお知らせ下さい。病状が悪化した場合や緊急時などにご連絡します。
4. 保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難になった場合は、お迎え予定時間に関わらず速やかにお迎えをお願いします。（必要であれば当院小児科を受診していただきます。）
5. 当病児保育室では点滴や吸入・吸引等などの医療行為は行いません。
6. 緊急時（喘鳴悪化時など）は保護者の承諾を得た後、当院小児科にて治療を開始します。
ただし、連絡が取れない場合、医師の指示のもと治療を開始する事があります。
その際、医療費等は保護者負担となります。
7. キャンセル締め切り時間の厳守をお願いします。
利用予定時間を 30 分過ぎても来ない場合は、自動キャンセルとさせていただきます。
無断でのキャンセルが続く場合は、利用を制限させていただきます。
8. 利用日の当日にお支払いをお願いします。（現金のみ）
9. 利用時間を超えた場合、300 円の延長料金が発生します。
10. 当病児保育室は沖縄市委託事業のため、利用にあたり得た情報の一部を沖縄市へ共有します。

私は上記の事項について理解し、同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____

児童氏名 _____