

年 月 日

大田区病児保育送迎事業利用に関する同意書

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、大田区病児保育送迎事業（以下「本事業」という。）を利用するにあたり、以下の事項の内容に同意します。

※ 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。
	お子様の症状から送迎に向かった看護師もしく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、病児保育室施設併設医療機関にて診察を行うこと。
	保育所等への送迎を利用する場合は、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もしくは保育士名を必ず保育園に電話で伝え、お子様のお預けをお願いすること。

裏面あり

	確 認 項 目
利 用 料 に つ い て	タクシーにより保育所等への送迎を行った場合、送迎にかかる実費費用（迎車・乗車・待機時間）のうち1回あたり1,000円を上限として利用料を負担すること。
	病児保育施設所有の自家用車により保育所等への送迎を行った場合、1回あたり1,000円の利用料を負担すること。
	以下に該当し病児保育が行われない場合であっても、送迎利用料を負担すること。 ・併設医療機関での診察の結果、併設医療機関以外での治療が必要と判断された場合 ・本事業の途中で病状が急変し併設医療機関以外に救急搬送した場合、タクシーにより送迎を行った場合は、実費費用の全額。
	お子様のお迎え時に以下の費用を施設に支払うこと。 ・送迎利用料 ※ <u>保育所等への送迎を利用する場合に限る</u> ・病児保育利用料 ・併設医療機関の診察、その他必要な検査に要した費用
	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。
	自宅と病児保育施設間の送迎を行った場合は、利用料は無償であること。
送 迎 後 の 対 応	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。
	大田区病児保育送迎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、保育所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