

おひさまルーム病児保育所利用同意書

お子様が安全に心地よく過ごせるため、以下の項目にご理解いただき、同意していただけたら□にレシ、署名をお願いします。

- ☐ 常に病児保育所からの連絡に対応できるようにしておいてください。
- ☐ お子様の症状・容態が申し込み時や入室時より悪化し、次のようになった場合にはお預かりを継続することが困難と判断し、お迎えの連絡をさせていただきます。
- ①高熱（おおむね 39℃超）の状況が継続的に続いている
- ②脱水症状が強くなっている
- ③繰り返し嘔吐している
- ④水様の下痢で回数が多い
- ⑤咳やゼーゼーといった喘鳴等により呼吸が困難になってきている
- ⑥水分摂取ができない、また摂取しても嘔吐してしまう
- ⑦食事が摂れない
- ⑧元気がなく、ぐったりとしている（倦怠感が強い）
- ⑨電話での問診時および受け入れ時と異なる症状が見受けられる（病状の変化）
- ※その他、病児保育室の職員（看護師・保育士）が保育継続を困難と判断した場合
- ☐ 緊急医療措置が必要と判断した場合、医療機関に搬送します。
- その際保護者の到着前に搬送となること、保護者の同意なしに医師の診断により医療機関で医療行為が実施されることもあります。保護者と連絡が取れない場合であっても、受診に必要な個人情報を提供し、医療機関を受診します。
- その際の医療費等は保護者の負担になります。
- ☐ 処方されているお薬は「与薬依頼書」をもとに、お薬手帳（薬情）を確認し看護師または保育士が与薬を行います。処方薬は1回分のみ持参してください。
- ☐ 複数の児童を保育します。感染防止に努めますが、他の疾患の児童と接触する可能性があります。
- ☐ 提出された資料は病児保育室の利用状況（利用年月日・病名等）を、統計報告に使用致します。その際個人が特定されないよう配慮します。
- ☐ お迎えの時間は厳守願います。
- お迎え時間・お迎えの保護者の方が変わった場合は連絡をお願いします。
- 17時30分以降の延長保育はできません。
- ☐ ご希望の方へはメールにて1日の様子をご連絡します
- メールアドレス _____@_____

利用児童名 _____

保護者氏名 _____

記入日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日