

同意書・重要事項確認書

もりのなかま 病児・病後児保育室

株式会社 Lateral Kids

代表取締役 川村 陽介

病児保育室では、保護者の方に代わり、看護師・保育士が病気のお子様をお預かりする施設です。
通常の外来で治療可能な病気にかかられたお子様が対象で、かかりつけ医からの指示に従い安静・投薬の療養をいたします。
皆様が安心してご利用いただけるよう、下記の重要事項をご確認くださいようお願いいたします。

ご利用にあたっての重要確認事項

1. 予約受付後、来室時の病状により保育が出来ないと判断した場合は、お預かりできない場合があります。
2. 利用者間の感染には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全くないということではありません。
3. 急変時、お子様の状態により保護者様へご連絡を致します。必ず連絡が取れるようお願いいたします。
4. 保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難と判断した場合、お迎え時間前にご連絡を致します。早めのお迎えをお願いします。
5. 当病児・病後児保育室では、一部(投薬、座薬、吸入)を除き点滴などの医療処置は致しません。
ただし、喘息の吸入処置は、家庭医連絡票での指示がある場合に限り行います。
6. 当病児保育室での保育中、必要であればかかりつけ医を受診していただきます。
7. 緊急時には、事後承諾で先に治療を開始する場合もあります。(別途、費用がかかります)
8. 特別な理由がなく1歳以上で水痘ワクチン・MRワクチン(麻疹・風疹混合ワクチン)・BCGを接種していない方は、他の方の感染リスクを考慮し、お預かり出来ません。(登録時に1歳未満で利用時に1歳過ぎて接種していない場合はお預かりできません。)
9. 緊急時の連絡が取れなかったことにより不利益が生じても、当病児・病後児保育室では責任を負いません。
10. 延長保育はありません。必ず**17:30**までに退室できるよう、余裕を持ったお迎えをお願いいたします。
事故・災害などのやむを得ない事情を除き、連絡のない遅刻を繰り返す場合は次回からのご利用をお断りすることがあります。
11. 1通のかかりつけ医による家庭医連絡票は**7日間有効**です。(土日祝日を含む)
12. 他病児保育室との重複での予約はしないで下さい。
13. ご予約のキャンセルは必ずご連絡をお願いいたします。(当日の**8時～8時半**まで)
14. 事前のご連絡なしに、ご利用をキャンセルされた時には、**キャンセル料1,000円**を徴収させていただきます。
場合によっては登録を抹消させていただく場合があります。
15. 災害等により他の場所へ避難をした場合には、当病児・病後児保育室入り口に避難先を掲示いたしますので、お迎えは指定避難場所をお願いいたします。
16. 私達は個人情報保護法に関する法令に遵守し、収集させて頂きました個人情報を外部に提供しないことをお約束します。
ただし、写真掲載につきましては、ブログ掲載などの営業活動に限って使用させて頂く場合があります。
個人が特定されないよう配慮して撮影いたします。

上記内容を確認し、同意の上、ご署名をお願いいたします。

年 月 日

保護者サイン

印

児童氏名

生年月日

住 所

「もりのなかま病児・病後児保育室ブログ」にお子様の写真を載せる事に

・同意します

・同意しません

(

正面不可

)

もりのなかま 病児・病後児保育事業
利用登録申込書

※太枠内すべてご記入ください

カルテ番号：

記入日		年 月 日		申込者(保護者)名			
登録児童	氏名	ふりがな	愛称		性別	生年月日	
						年 月 日	生まれ
						(歳	ヶ月)
	住所	〒 ()					
	通園施設名	通園施設の所在する市町村名()市・町・村 ()保育園・幼稚園・小学校					
かかりつけ医		なし ・ あり (病院名:)					
家族構成(同居)			保護者連絡先	続柄	勤務先名 (なし・求職中)		
続柄	氏名	年齢		()	勤務時間	:	~ :
		歳			職種		
		歳			携帯電話		
		歳			勤務先名 (なし・求職中)		
		歳			勤務時間	:	~ :
		歳			職種		
		歳		メールアドレス			
新生児期について		出生時の異常 なし・あり()			発育・発達		ふつう ・ 検診などで指摘有り
予防接種	BCG	受けていない・受けた	三種混合	受けていない・受けた()回	四種混合	受けていない・受けた()回	
	Hib(ヒブ)	受けていない・受けた()回	肺炎球菌	受けていない・受けた()回	B型肝炎	受けていない・受けた()回	
	MR (麻疹・風疹)	受けていない・受けた()回	ロタ	受けていない・受けた()回	水ぼうそう	受けていない・受けた()回	
	ポリオ	受けていない・受けた()回	※経口(生ワクチン)()回		※注射(不活性ワクチン)()回		
	おたふく風邪	受けていない・受けた()回	日本脳炎	受けていない・受けた()回	その他 接種したもの		
かかった病気	・突発性発疹 ・インフルエンザ ・感染性胃腸炎 ・肺炎						
	・RS感染症 ・水痘 ・アトピー性皮膚炎 ・マイコプラズマ感染症						
かかった病気	・ヘルパンギーナ ・おたふく(流行性耳下腺炎) ・アレルギー性鼻炎 ・アデノウイルス感染症・結膜炎						
	・手足口病 ・麻疹 ・中耳炎 ・百日咳						
かかった病気	・溶連菌感染症 ・風疹 ・副鼻腔炎(蓄膿症) ・水いぼ						
	・入院歴() ・手術歴()						
熱性けいれん		なし ・ あり(回) 最後の発症日 年 月 日			座薬の指示 なし ・ あり ℃以上		
喘息及び喘息様 気管支炎		なし ・ 継続治療中 ・ 悪化時のみ治療					
アレルギー		アレルギー 症状			症状が強い時の対応 (エピペン なし・あり)		
普段 使用している薬		内服薬・軟膏・吸入等の名称・回数を記入してください					
その他		なし ・ あり					
心配な事や配慮が必要な事などがあればお書きください							