

# 同意書・重要事項確認書

もりのなかま保育園古川北町園 病児保育室  
株式会社Lateral Kids  
代表取締役 川村 陽介

病児保育室は、保護者の方に代わり、看護師・保育士が病気・病後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**にかかれたお子様が対象で医師の家庭医連絡票に従い安静・与薬の保育をいたします。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ませます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、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、病児・病後児保育室利用申込書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. 緊急時には病院搬送の判断をし、事後連絡となる場合があります。通院にかかる費用は保護者様負担となります。
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. 病児保育室利用申込書は医師の記入日から**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行わない様**お願いします。
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、**個人情報の取り扱い**を致します。  
また、「もりのなかま病児・病後児保育室ブログ」にてお子さまの写真の使用をさせていただきます。  
個人が特定されないよう配慮して撮影いたします。

上記、確認いただきましたら、もりのなかま保育園古川北町園病児保育室の利用申込書にチェック印をいただきます。

ご不明な点は、お電話でお問い合わせください。

古川北町園病児保育室電話番号：0229-25-8541

**※もりのなかま保育園古川北町園病児保育室を初めてご利用させる日には、必ず保険証、印鑑、母子手帳、乳幼児医療受給者証を持参してください。**

# もりのなかま保育園古川北町園

## 病児保育室利用前登録用紙

電話番号:0229-25-8541

FAX番号:0229-87-4280

メールアドレス:nr\_hurukawa\_kitamachi@morino-nakama.jp

※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	( ) 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)									
続柄	氏名	年齢	保護者連絡先	続柄	勤務先名	(なし・求職中)			
		歳		( )	勤務時間	: ~ :			
		歳			職種				
		歳			携帯電話				
		歳			続柄	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				
かかった病気に○を付けて下さい	・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		
	・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		
	・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 °C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	なし・あり 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	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								