

第2号様式（第7条関係）

令和 年 月 日

## 上越市送迎対応病児保育事業利用同意書

(宛先) 上越市長

保護者の氏名	
住所	
緊急連絡先	— —
乳幼児の氏名	(平成・令和 年 月 日生)
保育園等の名称	
かかりつけ医療機関の名称	

上越市送迎対応病児保育事業の送迎を利用するに当たり、重要確認項目の内容に同意します。

※送迎対応病児保育事業とは、病児保育室の看護師等又は保育士が、保育園、認定こども園、幼稚園、認可外保育施設又は小学校（保育園等）において体調不良となった乳幼児等を送迎し、かかりつけの医療機関等での診察後、病児保育室において一時的に保育することをいいます。

※次のすべての項目をお読みいただき、送迎利用に同意される場合は、左欄に☑を付けてください。同意がない場合は利用できません。

	重要事項確認項目
<input type="checkbox"/>	病児保育の送迎は、通常の緊急搬送とは異なることを理解しています。
<input type="checkbox"/>	乳幼児等にとって、面識のない人に送迎されることは、心身に大きな負担となる場合もあることを十分に理解しています。
<input type="checkbox"/>	内科的疾患（発熱・咳・下痢・嘔吐等）が対象となりますので、打撲や裂傷等の外傷性の損傷での利用はできません。
<input type="checkbox"/>	病児保育室の利用状況により、保育室が確保できない等の理由によりお断りする場合があります。
<input type="checkbox"/>	感染力の強い疾病が疑われる場合、お断りする場合があります。
<input type="checkbox"/>	子どもが啼泣（ていきゅう）の状態でも、病状を優先して送迎による病児保育が実施されます。

<input type="checkbox"/>	入室前診察は、かかりつけの医療機関又は病児保育事業を実施する医療機関で行います。かかりつけの医療機関には、この送迎対応病児保育事業を利用することについて了承を得てもらってください。
<input type="checkbox"/>	病状により、採血やエックス線検査又は処置治療が必要とされた場合は、電話による実施の確認又は医療機関に来ていただく場合があります。
<input type="checkbox"/>	入院加療が必要とされた場合は、直ちに迎えに来てください。
<input type="checkbox"/>	病状が更に悪化し、再度医師の診察が必要と判断された場合、保護者にお迎えをお願いする場合があります。
<input type="checkbox"/>	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ります。
<input type="checkbox"/>	上越市が住民登録台帳等、利用者及び保護者の情報を調査することがあります。
<input type="checkbox"/>	上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業登録申込書等に記載された内容について、保育園等と情報を共有することがあります。

#### 添付書類

- 健康保険証の写し
- 上越市子ども医療費受給資格者証の写し
- かかりつけ医療機関の診察券の写し