

病児保育アイリス ご利用に関する同意書

病児保育室は、病気のお子様をお預かりするという特殊な施設であるため、以下の内容を十分にご理解いただき、あらかじめ予約をいただく必要があります。同意していただきましたら、□に✓し、署名をお願いいたします。

- 当日のお子様の状態によってはお預かりできないことがあります。また、お預かりした後でも、お子様の状態が変化して、当施設での対応が困難と判断した場合、ご利用を中止させていただくこともあります。
- お子様の病状が急激に変化した場合、保護者の方に連絡させていただきますので、必ず連絡のつく電話番号を教えてください。また、保護者の方と連絡がつかない場合、病児保育室の判断で緊急搬送要請をさせていただきますのでご了承ください。
- 病児保育室には様々な病気のお子様がいらっしゃいます。隔離室等の利用により、また手洗いや消毒、空気清浄除菌脱臭装置などの感染予防策を取り、万全を期しますが、残念ながらこのような感染予防策を取った場合でも、利用児童相互の感染を完全になくすことをお約束することはできませんので、ご了承ください。
- 入室時間は 8 時 30 分から 11 時 30 分です。連絡なく来室されない場合にはキャンセルの扱いとなり、キャンセル料 1000 円が必要となりますのでご注意ください。
- お迎えの時間 17 時 30 分は時間厳守でお願いいたします。時間厳守が守れない場合は、以後のご利用をお断りする場合があります。
- おやつ・水分はお持ちいただいたもののみをお召し上がりいただきます。お忘れになった場合は、希望される方に販売もいたしております。また、紙おむつ、おしり拭きは不足した場合、施設の物を使用します。お迎え時にご精算ください。(紙おむつ 1 枚 50 円、おしり拭き 1 袋 100 円、お菓子・ジュースセット 300 円)

- 感染隔離対応の部屋は2室しかないため、定員数お預かりできないこともあります。また、手厚いケアが必要なお子様が多い場合に、利用者数を制限する場合があります。

- 持ち物にはすべて名前の記入をお願いします。持ち物に名前がない場合、紛失の可能性があります。

- 減免対象の方で、ご利用の際は必要書類を確認できない場合、利用料は預かり金とさせていただきます。後日、必要書類をお持ちいただければ差額は返金いたしますが、ご利用月にお持ちいただけない場合は返金いたしかねますので、ご了承ください。また、ご利用料金は当日の朝、前払いになっております。

上記の事項について理解し同意します。

令和 年 月 日

保護者署名

⑩

お子様のお名前

株式会社松栄産業

病児保育アイリス利用申込書

記入日 令和 年 月 日 登録番号

登録 児童	児童氏名		性別	愛称	生年月日
			男 ・ 女		H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)
保護 者	保護者氏名			緊急連絡先	
				①	
				②	
	自宅住所 〒()				
	メールアドレス				
世帯 構成 (同居)	氏名	続柄	年齢	勤務先	勤務先電話
既往 歴	これまでにかかった主な感染症等に○をつけてください。				
	1 突発性発疹 2 はしか 3 風しん 4 水ぼうそう 5 おたふく風邪 6 アトピー性皮膚炎 7 熱性けいれん 初回(年 月) 最後(年 月) (座薬の指示 有・無) 8 喘息および喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9 その他(病気・入院歴・常備薬等) ()				
アレルギー	有・無	食べ物	乳・卵・小麦・えび・かに・そば・落花生・その他()		
		薬	薬品名		
		※アレルギー等で制限している食品等があれば具体的にご記入ください。			

→裏面をご確認の上、記入ください(予防接種について)。

予防接種が済んでいるものに○をつけてください。

予 防 接 種 の 状 況	・四種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ) 1回・2回・3回・4回 ・五種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・ヒブ) 1回・2回・3回・4回 ・BCG 1回 ・MR(麻疹・風疹) 1期・2期 ・日本脳炎 1回・2回・3回(追加接種 4回) ・肺炎球菌 1回・2回・3回・4回 ・おたふくかぜ 1回・2回 ・水痘(水ぼうそう) 1回・2回 ・B型肝炎 1回・2回・3回 ・ロタウイルス 1価(1回・2回)、5価(1回・2回・3回) ・その他 ()	
	※予防接種欄は、母子手帳で確認してご記入ください。	
	お 子 様 の こ と に つ い て	お子様の性格
		好きなキャラクター
		好きな遊び
		ご心配なことや配慮してほしいことなどありましたらご記入ください。
		()
		()

病児保育登録番号

事前登録書に下記のコピーを貼付、もしくはご記入ください。

- ①保険証(お子様の氏名が記載されているもの)、医療保険の資格情報
- ②子ども医療費受給資格者証(ひまわりカード)

※保険証をお持ちでない方は、マイナポータルからダウンロードできる PDF 画面に記載してある、医療保険の資格情報を下記にご記入ください。

保険者名 _____

保険者番号 _____

記号 _____ 番号 _____ 枝番 _____

※保険証をお持ちの方は、保険証と子ども医療費受給資格者証（ひまわりカード）を貼付ください。