

寝屋川市病児保育送迎事業利用に関する同意書

病児保育施設

施設長 様

申込者(保護者) 氏 名

住 所

上記の病児保育施設において、寝屋川市病児保育送迎事業を利用するにあたり、以下の事項の内容に同意します。

寝屋川市病児保育送迎事業(以下「本事業」という。)とは、仕事等の理由により児童の送迎が困難な保護者の代わりに、病児保育施設の看護師等又は保育士が、保育所等若しくは自宅において体調不良となった乳幼児等をタクシーで迎えに行き、当該病児保育施設へ送り届ける事業をいいます。

※ 以下の確認項目の内容を確認し、同意した項目の右欄の口をチェック(☑)をつけて最下段に署名してください。
すべてチェックがつかない場合、送迎事業を利用できません。

	確 認 項 目	チェック
お迎え時等の対応について	お迎えに行くのはお子様にとって面識のない大人です。 体調が悪い中、面識のない大人に知らない場所に連れていかれることは、お子様の心身への負担が大きい ということを十分理解した上で、利用すること。	☐
	病児保育施設の当日の利用状況(定員に達しているなど)や申込時に他の児童が送迎対応を利用中の場 合は、利用できないまたは送迎対応の利用を待つことがあること。	☐
	本事業の利用対象となる病気は、発熱・咳・下痢などの入院を必要としないものであり、重症疾患、外傷等 ではないこと。 (利用不可となる感染症:流行性角結膜炎、麻疹、風疹、出血性胃腸炎、その他())	☐
	本事業を利用することとなった場合は、本事業を利用すること・病児保育施設名および迎えにくる看護師等 もしくは保育士名を必ず保育所等に電話で伝え、お子様のお預けをお願いすること。	☐
	お迎え先の保育所等で、お子様の症状から送迎に向かった看護師等もしくは保育士の判断により利用困難 と判断した場合は、本事業を利用できないことがあること。	☐
	送迎後は、病児保育施設併設医療機関にて診察を行うこと。	☐
利用料について	送迎にかかる実費費用(迎車・乗車・待機時間)のうち1回あたり 1,000 円を上限として送迎利用料を負担 すること。	☐
	お子様のお迎え時に以下の費用を施設に支払うこと。 ・送迎利用料 ・病児保育利用料等 ・併設医療機関の診察、その他必要な検査に要した費用	☐
	次の場合にも、送迎利用料、病児保育利用料等、医療機関の診察その他必要な検査に要した費用を負担 すること。 ・本事業の利用をキャンセルする場合 ・送迎に向かった看護師等もしくは保育士の判断により利用困難と判断した場合 ・診察の結果入院加療を要する場合 ・送迎途中で急変し他の医療機関等へ搬送する場合 ※キャンセル時等における利用料等の取り扱い詳細は裏面に記載。	☐

裏面あり

	確 認 項 目	チェック
送 迎 後 の 対 応	併設医療機関での診察にあたり必要な事項(直近の既往歴・現在服薬中の薬 等)について問い合わせの電話連絡があった場合は、その内容について伝えること。	☐
	併設医療機関の診察後、病状の説明や検査、治療についての同意を電話で行うこと。 連絡が取れない場合は、併設医療機関の判断により検査・治療を行うこと。	☐
	病状が悪化した場合など、送迎後に病児保育の利用・継続が困難と病児保育施設が判断した際は、電話連絡にてお迎えをお願いするため、早急に応じること。	☐
	その他併設医療機関又は病児保育施設から必要時に電話連絡があった場合は、早急にこれに応じること。	☐
	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ること。	☐
	あらかじめ定められた病児保育施設の利用時間までに迎えに来ること。	☐
	診療時間によっては給食を提供できない可能性があるため、場合により軽食をご持参いただく必要があること。	☐
そ の 他	寝屋川市病児保育送迎事業事前登録申請書及び当書類等に記載された内容について、保育所等と情報を共有することがあること。	☐
	万一、送迎中の車両事故により、お子様が受傷された場合は、送迎車両が加入する自動車保険等により必要な措置が講じられること。	☐
	送迎中は安全確保に十分配慮いたしますが、体調不良児の送迎という事業の特性上、万全を期したにもかかわらず不可抗力により生じた予期せぬ怪我や病状の急変、車内の備品損壊等については、病児保育施設側に過失がない限り、その責任を問わないこと。	☐

※キャンセル時等における利用料等の取り扱い		
パターン	タクシー代	病児保育利用料
①保護者都合によるキャンセル (連絡のないキャンセルを含む)	全額実費 ※タクシー料金発生しない場合は負担なし	×
②送迎に同かったが、児童の状況により利用不可となった場合 (児童をタクシーに乗せない)	実費 (1,000円上限)	×
③診察の結果、病児保育利用不可となった場合	実費 (1,000円上限)	○
④診察の結果、入院加療を要する場合	全額実費	○
⑤送迎途中に急変し、他の医療機関等へ搬送する場合	全額実費	○

上記、確認事項に同意します。

年 月

申込者(保護者) 署名