

病児・病後児保育 送迎登録書

宛先 新潟市長

以下の重要事項確認項目の内容を確認し、同意した項目の左欄の口(☐)をチェック(☑)をつけてください。

※すべてチェックがつかない場合、送迎サービスを利用できません。

	重要事項確認項目
<input type="checkbox"/>	病児・病後児保育室の利用状況により、保育室または隔離室が確保できない場合は、送迎サービスの利用をお断りする場合があります。
<input type="checkbox"/>	お子さんが泣き止まない状態でも、病状を優先して送迎サービスを実施します。
<input type="checkbox"/>	緊急を要する場合は、受診予定の医療機関の診察の前後に関わらず、保護者の了解を得ないままに他の医療機関に搬送し、治療措置等を行う場合があります。
<input type="checkbox"/>	送迎サービスの円滑な実施のためには、お子さんが在籍する教育・保育施設から、お子さんの健康に関することについて病児・病後児保育室のスタッフへ情報提供いただく必要があります。情報提供に同意の上、承諾書を在籍施設へ提出してください。
<input type="checkbox"/>	入室前の受診は、病児保育室の場合、原則、病児保育を実施する医療機関で行います。
<input type="checkbox"/>	医療機関の受診では、こども医療費受給者証、お薬手帳および健康保険の加入が分かるもの(受診日時点で最新のもの)が必要になります。そのため、電子メール(またはFAX)を活用して、こども医療費受給者証、お薬手帳、次のいずれか(①マイナンバーカード+資格情報のお知らせ ②資格確認書)の写真を送信してください。突発的なご利用になることを想定し、登録後はそれらを常備しておいてください。
<input type="checkbox"/>	受診では資格確認書の写しやこども医療費受給者証の写しを用いるため、医療機関の判断によっては一時的に10割負担となる場合があります。お迎え時に病児・病後児保育室が負担した料金を精算していただくとともに、医療機関窓口への来院の必要性等をお伝えします。
<input type="checkbox"/>	診察により、検査及び処置が必要となった場合は、電話による実施の確認または医療機関に直接来ていただく場合があります。
<input type="checkbox"/>	保育室入室後、病状が悪化し、再度医師の診察が必要と判断された場合、お迎えをお願いする場合があります。
<input type="checkbox"/>	診察により、入院が必要とされた場合は、直ちにお迎えに来てください。

裏面に続きます。

<input type="checkbox"/>	病後児保育室では、医師の診察結果によってはお預かりできない場合があります、利用当日に保護者から希望があった時に限り、お預かり可能な市内の病児保育室へ引き継ぐ場合があります。なお、その際の料金の精算は引き継ぎ先で行います。
<input type="checkbox"/>	送迎サービス利用当日に、在籍する教育・保育施設へ与薬依頼書を提出している場合、与薬依頼書の依頼先を「施設長（在籍する教育・保育施設長）」から「病児・病後児保育施設長」宛に読み替えて対応を行います。
<input type="checkbox"/>	診察により、処方された薬は、医師の指示により与薬時間を迎えたら与薬を行います。
<input type="checkbox"/>	送迎中の事故により受傷や損害・障がいが生じた場合の補償は、送迎車両の加入している保険での対応となります。
<input type="checkbox"/>	病児・病後児保育室でのお子さんの引き渡しは、身元が証明された方のみとなります。
<input type="checkbox"/>	お子さんが飲食（昼食やおやつ）を必要とする場合、予約時に利用希望施設で用意している食品または購入予定食品をお伝えし、その範囲内で提供を行います。
<input type="checkbox"/>	病児・病後児保育室の利用料金や診察及び食品購入にかかる費用は、お迎え時に精算していただきます。なお、お支払いされない場合、勤務先やご家族に連絡させていただく場合があります。
<input type="checkbox"/>	予約の電話を受け付けた時点から利用料金は発生するため、キャンセル等で入室にならずに途中終了となった場合でも利用料金はお支払いいただきます。
<input type="checkbox"/>	病児保育室さいせいかいの利用にあたっては、本体医療機関である済生会新潟病院で診察を受ける場合は、診察代に加えて選定療養費（およそ7,700円）が発生します。
<input type="checkbox"/>	お子さんの負担感の軽減と施設に対してご理解いただく必要があることから、お子さん同伴で送迎利用予定施設の施設見学及び施設職員との面談を行ってください。
<input type="checkbox"/>	本同意内容は、お子さんが病児・病後児保育を利用できる期間中、有効とします。

病児・病後児保育の送迎サービスは救急搬送の医療とは明確に異なることを十分に理解したうえで、上記の内容について同意します。

令和 年 月 日

住 所

児 童 氏 名

(年 月 日 生)

保護者氏名

(保護者氏名は自署に限る)