

様式第2号裏
(裏)

同意書

石垣市長様

私は、石垣市ファミリーサポートセンター病児・病後児の援助活動を利用するにあたり、次の内容について同意いたします。

- 1 利用の際は、かかりつけ医に受診し、病状連絡・投薬依頼書を提出すること。
- 2 預かりの間は、常に連絡のつくようしておくこと。
- 3 かかりつけ医に受診した後であっても、利用当日の病状悪化により、利用できない場合があること。また、子どもの病状が急変し、援助活動の継続が困難と判断とされた場合は、お助け会員からの連絡により利用途中であっても迎えに来ること。
- 4 子どもの症状が急激に悪化した緊急時にお願い会員と連絡がつかない場合は、センターの判断によりお助け会員が医療機関に搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があること。
なお、その発生する医療費は、お願い会員負担とする。
- 5 医師からの受診結果や指示は正確にお助け会員に伝えること。
- 6 預かりの予定時間は、厳守すること。
- 7 万一の事故については、石垣市ファミリーサポートセンターが加入する保険をもって全ての解決を行うこと。
- 8 登録及び利用申請において石垣市ファミリーサポートセンターが知り得た情報は、病児・病後児援助活動の範囲内において、お助け会員に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

子どもの名前	かかりつけ医	所在地・電話
		☎
		☎
		☎

氏名
(自署)

石垣市ファミリーサポートセンター