

# 《病児・病後児保育利用申込書》

済生会京都府病院院長殿

年 月 日

しおりの記載事項と、下記の確認事項に同意し、病児・病後児保育を申し込みます。

保護者住所

氏名

印

ふりがな 児童の氏名	男・女	平成	年	月	日生	
保育希望日	年	月	日( )	～	月	日( )
保育希望時間	:		～	:		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話			
	氏名	続柄	電話			

## 確 認 事 項

1. 利用料金は、前払いとなります。支払われた料金は返却できませんので、ご了承ください。
2. 病状の悪化等で医師の受診が生じた場合は保護者に連絡させていただきます。当病院にて受診するか、かかりつけ医師に受診するかは保護者の方の判断の上、対応します。かかりつけ医へは保護者がお連れ下さい。当病院で受診を希望される場合は、通常の保険診療となります。  
緊急を要する場合は保護者に連絡の上、当病院で受診させていただく場合もあります。  
受診料は通常の保険診療となります。
3. 保育当日の受け入れ時、前日の診療と異なる症状があったり、悪化していると思われる場合は入室前に再度、医師の受診を受けて頂く場合があります。  
入室にあたっての診察は、病児・病後児保育利用料金に含まれます。
4. お子様が水分がとれない、食べられない、眠れない、安静が保てない等、保育の継続ができないと判断される時はお迎えに来て頂く場合があります。
5. 提出書類に虚偽の記載があった場合は一切の責任は負いかねます。

※異なる方がお迎えに来られる場合は、証明できるものをご提示下さい。