

チャイルドマインダー

_____ 殿

同意書

本日、私 _____ (児童氏名 _____) は、
(午前・午後) 時 分から (午前・午後) 時 分まで
私都合により、チャイルドマインダー _____ 氏へ子どもの保育を
依頼いたします。

上記チャイルドマインダーが保育中に万が一、子どもの様態が変わった場合は、医師
への連絡や救急対応を上記チャイルドマインダーに委任します。

病児・病後児保育を依頼するにあたり、かかりつけ医師への相談は、事前に済ませる
ことと、チャイルドマインダーが加入している『チャイルドマインダー総合補償保険』
において、子どもの病状の悪化や現時点での病状に関連もしくは関連しない症状の発
症については補償の範囲に無いことを承諾し、それらを充分理解した上で保育を依頼
することに同意いたします。

与薬についての依頼及び同意書

かかりつけ医により提供された処方薬のみ与薬することを依頼し、処方に基づいた
与薬によって子どもの病状が悪化した場合についてはチャイルドマインダーへの
責任を問わないことを同意いたします。

年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____ 印

月 日 曜日 天気

お子様の機嫌 普 良 悪

検温 ℃ :

ご家庭での様子

ご家庭からの連絡事項

お子様のご様子を必ずご記入ください。