

## 病児お迎え・受診サービス利用規約

### 第1条 (サービス名)

本サービスの名称を「病児お迎え・受診サービス」(以下、本サービスという)とし、株式会社ジャパンベビーシッターサービス(以下、JBSという)が行う。

### 第2条 (サービス内容)

病児の子供を保護者の代わりに保護者の指示に従って医療機関に受診し、保育をする。

2. JBSの自社研修を受講したシッターが保育にあたり、子供の身体、精神両面へのケアを施し、リラックスして安全に過ごせるように配慮する。

### 第3条 (保育場所)

保育場所は保護者の指定した場所で行う。自宅の他に指定した施設に迎えに行くことも出来る。

### 第4条 (対象)

お引き受けできるお子様は次の下記の通りである。

- ア. JBSに会員登録をしている保護者の子供に限る。
- イ. 麻疹(はしか)の予防注射接種済みで満1歳以上の子供に限る。

### 第5条 (利用方法)

利用時間はJBSの「訪問保育規約」によるサービス提供時間とする。

2. 利用希望者は次の書類を郵送、FAX、またはメール添付により提出して事前登録をする。
  - ア. 登録票
  - イ. 健康保険証のコピー
  - ウ. 自治体発行の乳幼児医療証のコピー
  - エ. かかりつけ医、第2かかりつけ医の診察券のコピー
3. 利用者はJBSの営業時間内に電話、FAX、メールにより利用申込をした上で「利用票」に記入し、提出する。
4. 利用者は、申込当日の申込状況やシッターの稼働状況により、希望の時間に間に合わない場合があること、及び何分以内に必ず到着出来るという保証はないことを了承する。

### 第6条 (利用料金)

利用料金はJBS料金表による保育基本料金に2,100円を加算した金額とする。

2. 当日申込料金はJBS料金表により1,050円が加算される。

### 第7条 (支払方法)

通常のJBSサービスと同様に「JBS訪問保育規約」に則り支払う。

### 第8条 (補償・免責)

本サービスを利用するにあたり、シッターの過失による事故が発生した場合、公益社団法人全国保育サービス協会総合補償制度の適用範囲内で補償を受けることができる。但し、次に該当する場合は、JBSは一切の責任を負わないものとする。

- ア. 持病やアレルギー等の注意する疾患をJBSまたはシッターに正確に伝達しなかった事が原因で発生した事故、病状悪化、投薬によるアナフィラキシーショック。
  - イ. 医師または保護者の指示に従った上で発生した事故、病状悪化、投薬によるアナフィラキシーショック。
  - ウ. その他、JBSの責に帰すことができない事由による事故、病状悪化等。
2. 投薬は分量、時間、投薬方法について医師の指示に従い保護者の代わりに行うものとする。投薬による責任は保護者に帰するものとする。

### 第9条 (利用制限)

次の各号のいずれかに該当する場合は、登録を制限し、また利用を拒否する場合がある。

- ア. ぜんそくなどの既往症があり吸引、吸入等の医療行為が必要な場合。
- イ. アレルギーや入院歴のある場合。
- ウ. 麻疹(はしか)と診断された場合

- エ. 子供の病状により、シッターによる保育が不適切と医師が判断した場合。
- オ. 天災等によりシッターの訪問が出来ない場合。
- カ. その他の理由で本サービスを行うことが困難と思われる場合。

#### 第10条 (保護者の義務)

保護者は本サービスを登録または利用する場合、本サービスを行う為に必要な情報を JBS に提供しなくてはならない。

2. 保護者は本サービスを利用する間、登録票に記載した連絡先に JBS またはシッターが常に連絡でき、緊急時でも保護者の意思確認できるよう努めなければならない。  
保護者が指定した全ての連絡先と連絡が取れない場合、シッターが自己判断した上で事後報告とし、その責任は保護者に帰する。
3. 登録票に記載の内容 (感染症、予防接種、電話番号等) に追加、変更がある場合は利用時にその旨を JBS に伝えるものとする。

#### 第11条 (その他)

本規約に記載の無い JBS サービスに関する事項については、第17条、第22条を除いた「JBS 訪問保育規約 (個人用)」 に準ずるものとする。

2. 本規約に基づく義務の履行について、相互信頼の原則に基づき、定めのない事項については法令その他慣習に従い、誠意をもって協議の上決定するものとする。

以上、規約の内容を理解、承認したうえで「病児お迎え・受診サービス」に事前登録をします。

平成 年 月 日

保護者 署名欄 \_\_\_\_\_

保護者記入（事前）

病児お迎え・受診サービス登録票

「病児お迎え・受診サービス利用規約」の内容を理解、承認した上で事前登録をします。

平成 年 月 日 保護者署名 \_\_\_\_\_ 印

- ・ 1 人のお子様につき 1 部ご記入下さい。
- ・ 内容に変更のあった時は利用時にその旨をお伝え下さい。（感染症、予防接種等）

| 保護者               | 保護者氏名    |        | 続柄                | 緊急連絡先  |  |
|-------------------|----------|--------|-------------------|--------|--|
|                   | 携帯電話 ( ) |        |                   | 連絡先名称  |  |
|                   | 携帯アドレス   |        |                   | 電話 ( ) |  |
|                   | 携帯電話 ( ) |        |                   | 連絡先名称  |  |
| 携帯アドレス            |          | 電話 ( ) |                   |        |  |
| 保護者以外の連絡先① 続柄 ( ) |          |        | 保護者以外の連絡先② 続柄 ( ) |        |  |
| 名前                |          |        | 名前                |        |  |
| 電話                |          |        | 電話                |        |  |

| お子様について                             | お子様のお名前 |                          | 性別        | 生年月日        |  |
|-------------------------------------|---------|--------------------------|-----------|-------------|--|
|                                     | (ふりがな)  |                          |           | 平成 年 月 日生まれ |  |
|                                     |         |                          |           | ( 歳 ヶ月)     |  |
| 自宅の住所 (〒 - )                        |         |                          | 電話 ( )    |             |  |
| 通園・登校施設名称                           |         |                          | 電話 ( )    |             |  |
| 第1かかりつけ医<br>医療機関名                   |         |                          | 担当医師名 ( ) |             |  |
|                                     |         |                          | 電話 ( )    |             |  |
| 第1かかりつけ医が休診の場合<br>医療機関名             |         |                          | 担当医師名 ( ) |             |  |
|                                     |         |                          | 電話 ( )    |             |  |
| 既往歴（今までにかかった病気の番号と【 】の内容を○で囲んでください） |         |                          |           |             |  |
| 1 突発性発疹                             |         | 12 喘息・喘息様気管支炎            |           |             |  |
| 2 麻疹（はしか）                           |         | 【投薬は 毎日 不調時のみ】           |           |             |  |
| 3 水痘（水ぼうそう）                         |         | 13 アトピー性皮膚炎              |           |             |  |
| 4 風しん（三日ばしか）                        |         | 14 川崎病 【心臓合併症は あり なし】    |           |             |  |
| 5 咽頭結膜熱（プール熱）                       |         | 15 熱性けいれん                |           |             |  |
| 6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）                   |         | 【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】 |           |             |  |
| 7 百日咳                               |         | 【座薬の指示は あり なし】           |           |             |  |
| 8 ヘルパンギーナ                           |         | 16 てんかん                  |           |             |  |
| 9 肺炎                                |         | 17 その他 具体的に              |           |             |  |
| 10 とびひ                              |         |                          |           |             |  |
| 11 B型肝炎（キャリアーを含む）                   |         |                          |           |             |  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | ※食物アレルギー あり（食品名 _____ ） なし                             |
|                                     | ※薬品アレルギー あり（薬品名 _____ ） なし                             |
|                                     | ※環境アレルギー あり（ ダニ ハウスダスト 動物 その他 _____ ） なし               |
| 予<br>防<br>接<br>種<br><br>そ<br>の<br>他 | 予防接種（これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数を○で囲んで下さい）                   |
|                                     | 1 三種混合【I期 1回目 2回目 3回目 追加】                              |
|                                     | 2 BCG  |
|                                     | 3 ポリオ 【 1回目 2回目 】                                      |
|                                     | 4 麻しん（はしか）   |
|                                     | 5 風しん（三日ばしか）   |
|                                     | 6 日本脳炎【I期 1回目 2回目 追加】                                  |
|                                     | 7 水痘（水ぼうそう）  |
|                                     | 8 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）                                      |
|                                     | 9 インフルエンザ【 年 月】  |
| 10 その他【 _____ 】                     |  |
|                                     | 入院の経験（入院経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入して下さい）                     |
|                                     | 1 ない   |
|                                     | 2 ある 【 歳 ヶ月、病名 _____ 】                                 |
|                                     | 【 歳 ヶ月、病名 _____ 】                                      |
|                                     | 常時内服している薬（常時内服している薬があれば記入して下さい）                        |
|                                     | 1 ない 2 ある 【具体的に _____ 】                                |
|                                     | その他（心配なこと、配慮してほしいことを記入して下さい。<br>特別なお迎え方法がある場合もご記入下さい。） |

保護者記入（当日）

病児お迎え・受診サービス申し込み（利用票）

1. 本日の対象児の状態は下記の通りです。  
 2. 対象児の状態が変化して保育が困難とシッターが判断したとき、または医師がシッターの保育は不適当と認めたときは、病児お迎え・受診サービスを中止することに同意します。

平成 年 月 日 保護者署名 印

申し込み日時 平成 月 日 ( ) 時間 : ~ :

|        |      |    |
|--------|------|----|
| 本日の連絡先 | ① 名前 | 電話 |
|        | ② 名前 | 電話 |
|        | ③ 名前 | 電話 |

|   |   |    |                                 |
|---|---|----|---------------------------------|
| 本日の様子について   | お子様のお名前<br>(ふりがな)                               | 性別 | 生年月日<br>平成 年 月 日 生まれ<br>( 歳 ヶ月) |
|   | 本日のお迎え施設名称<br>電話 ( )                            |    |                                 |
|   | 本日の受診先<br>医療機関名 担当医師名 ( )<br>電話 ( )             |    |                                 |
|   | 本日の状態について (〇印をつけ、必要事項を記入して下さい。)                 |    |                                 |
|   | 1 発熱 ない・ある いつから ( ) 現在の体温 _____℃、平熱 _____℃      |    |                                 |
|   | 2 咳 出ない・出る ( コンコン ・ ゴホゴホ ・ ゼーゼー ・ ケンケン )        |    |                                 |
|   | 3 鼻水 出ない・出る ( 鼻水 ・ 青鼻 )                         |    |                                 |
|   | 4 昨夜の睡眠 寝られた・寝られない ( 時々起きた ・ 全然寝られなかった )        |    |                                 |
|   | 5 痛み ない・ある ( 頭 ・ のど ・ おなか ・ 耳 (左・右) ・ その他 ( ) ) |    |                                 |
|   | 6 吐き気 ない・ある いつから ( 日 時頃から 回 )<br>最後の嘔吐は 日 時頃    |    |                                 |
| 7 下痢 してない・してる いつから ( 日 時頃から 回/日 ) 今日 回                              |   |    |                                 |
| 8 水分 取れている・あまり飲めない  |   |    |                                 |
| 9 おしっこ いつもと同じ・やや少ない・少ない   |   |    |                                 |
| 10 発疹 ない・ある ( 顔 ・ 足 ・ おなか ・ おしり ・ 背中 ・ 口 ・ その他 ( ) )<br>いつから 月 日頃から |   |    |                                 |
| 11 保育園で流行っている病気 ない・ある ( )   |   |    |                                 |
| 12 昨日から今日にかけて解熱剤 (熱さまし) を使用しましたか した・しない                             |   |    |                                 |
| 13 昨日の最高体温 _____℃   |   |    |                                 |
| 14 その他、医療機関にお伝えすることや医師への質問があれば記入して下さい。                              |   |    |                                 |