

子育て短期支援事業にかかる医療受診に関する承諾書

利用期間中、お子さんの急病や不慮の事故等により怪我などをされ、医療機関で治療等を行う必要が生じた場合は、利用を中断または中止し、お子さんを迎えに来ていただきます。

ただし、直ちに救命措置を必要とするような緊急時は、市または里親家庭の判断で医療機関へ搬送し、病状によっては保護者の到着を待たずに、医療機関における医師の判断で必要な医療行為を行う場合があります。

なお、救急搬送時や医療機関への受診時に、医療関係者から既往歴等の情報を求められた場合、事前調査票に記入した内容を提供します。

以上の件について説明を受けた上で、同意し、医療受診を承諾します

年 月 日

保護者署名

住 所 印西市

電話番号
