

緊急時対応事項及び承諾書

同意書

株式会社キッズコーポレーション(乙)が運営する当該保育園にて万が一、利用時間内に保育スタッフの不手際により園児に怪我等が生じた場合には、(乙)が加入する保険の範囲内で賠償することとします。

また、園児が急病や事故などの非常時には応急処置をすること、必要な処置を受けるために病院等の医療機関へ移送をすることとします。ただし、状況に応じて「持病などリスクがある場合、また保護者(甲)から特別に指示を受けている場合等」応急処置や移送をしないこともあります。

(甲)は以上のことに同意し、入園登録を申し込みます。

令和 年 月 日

甲

住所:

氏名: ㊤

乙

住所: 栃木県宇都宮市南大通り2-6-1 KIDS 1ST BLD

氏名: 株式会社キッズコーポレーション 代表取締役 大塚 雅一

< 損害保険ジャパン株式会社 保険内容 >

■ 保育所経営者賠償補償

保育所の施設・設備の欠陥または職員の業務上の管理・指導ミスや提供した飲食物の事故により、法律上の損害賠償責任を負担することになった場合の補償。

■ 園児のための傷害事故補償

園児の保育所管理下の急激、偶然、外来の事故によるケガを補償。

身体賠償 財物賠償 (施設・昇降機) 支払限度額	身体賠償 財物賠償 (生産物) 支払限度額	総支払限度額	免責金額
5億円 (1名/1事故)	5億円 (期間中)	5億円 (お支払する保険金の最高限度額)	1千円 (1名につき/1事故/補償期間中)

死亡・後遺障害保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額
100万円	1,500円	1,000円

食物アレルギーに関する申告書

(保護者記入)

記入日： 令和 年 月 日

株式会社キッズコーポレーション

代表取締役 大塚 雅一 殿

園児氏名：

保護者氏名：

④

生年月日： H・R 年 月 日生

住所：

年齢・性別： 歳 か月 男・女

上記園児の食物アレルギーについて、医師の診断書等必要書類を添付のうえ、下記のとおり申告いたします。

上記園児の食物アレルギーについて、A・Bいずれかに該当するものに○を付けてください。

A 食物アレルギーがある

B 食物アレルギーがない

※ 「A アレルギーがある」の方は以下(両面)にご記入ください

医療機関	主治医 ()		
住所		電話	
アレルギー診断日	令和 年 月 日	アレルギー発症	歳 か月頃
発症時の状況			
アナフィラキシーの既往歴	無 ・ 有	※有の場合、発症時期 (歳 か月頃)	
原因食物	除去の程度 ※下記「除去の程度について」をご参照いただき、○を付けてください。		生活面で配慮すること
	完全除去	その他 ()	無 ・ 有 (触れない・吸いこまない)
	完全除去	その他 ()	無 ・ 有 (触れない・吸いこまない)
	完全除去	その他 ()	無 ・ 有 (触れない・吸いこまない)
	完全除去	その他 ()	無 ・ 有 (触れない・吸いこまない)
	完全除去	その他 ()	無 ・ 有 (触れない・吸いこまない)
	完全除去	その他 ()	無 ・ 有 (触れない・吸いこまない)
◎除去の程度について◎ [完全除去]…料理から原因食物を完全除去すれば食べられる。但し、★印の「調味料・だし・添加物等」については除去しなくても食べられる。 [その他]…除去食品においてより厳しい除去が必要なものとして、★印の「調味料・だし・添加物等」に含まれるものも食べられない。 また、特別な配慮や管理が必要な事項がある場合は記入。			
◎除去食品においてより厳しい除去が必要なもの◎			
★鶏卵アレルギー：卵殻カルシウム ★牛乳・乳製品アレルギー：乳糖 ★小麦アレルギー：醤油・酢・麦茶 ★肉アレルギー：エキス			
★大豆アレルギー：大豆油・醤油・味噌 ★ごまアレルギー：ごま油 ★魚類アレルギー：かつおだし・いりごだし			

食物アレルギーに関する申告書（保護者記入）

飲み薬	無・相談 薬名： 服薬1日 回 朝・昼・晩 その他()
塗り薬	無・相談 薬名： 塗布1日 回 朝・昼・晩 その他()
	用途：
エピペンの持参	無・相談
医療機関への受診	受診状況： 1年ごと・その他()
緊急時の連絡先	名前： 続柄： 電話：
	名前： 続柄： 電話：
緊急時の受診医療機関	医療機関名： 住所・電話： ※表面の医療機関と異なる場合のみご記入ください。
備考	

摂取後に症状が出現した場合の対処について（使用する薬名も記入してください。）

皮膚症状 赤み, じんま疹, かゆみなど	
粘膜症状 腫れ, 目の充血, くしゃみ, 鼻づまりなど	
消化器症状 お腹の痛み, 吐き気, おう吐, 下痢など	
呼吸器症状 せき, ゼーゼーする呼吸など	
全身症状 アナフィラキシーなど	救急車を要請し, 医療機関を受診する。
その他	

※食物アレルギー対応内容確認後の記入欄

対応内容確認日	令和 年 月 日
対応開始日	令和 年 月 日
保護者氏名	
園長名	印