

承諾書

保育中のケガ・病気について

____年 ____月 ____日

園内において、ケガ・発熱により医師の治療が必要と思われる場合保護者に連絡し、指示を受けるよう努力いたしますが、連絡のつかない場合、園側の判断において園のかかりつけの病院・医院にて受診のうえ、担当医師に治療を依頼することを承諾します。下記の必要事項をご記入いただきましたら、園にご提出いただきたいと思います。また、あわせて①健康保険証、②こども医療費受給者証、③母子手帳（出生時の様子がわかるページ）の3点を一緒にご提出をお願いいたします。

住所

園児氏名

保護者名

印

園で起こった怪我により受診する場合は下記の病院に行きます。

症状	病院名	住所	TEL
打撲・骨折等	佐藤整形外科	大場 1385-3	048-739-2000
頭の打撲	武里脳神経外科	大畑 241-2	048-736-7516
切り傷等	東都春日部病院	大畑 652-7	048-739-2000
目	杉浦眼科武里分院	大場 1367-5	048-739-2333
耳	谷中耳鼻咽喉科医院	大場 690-3	048-736-7192
歯	ラビット歯科	中央 1-53-1	048-878-9246
救急車での搬送	救急隊の判断により病院決定		

上記の病院が休診の場合、他の病院に行くことがあります。