**医療機器等預かり同意書**

教育・保育施設等で医療機器等（めがね・補聴器等含む）をお預かりする場合、思わぬアクシデント（破損や紛失、こども同士の関わり合いの中で起こりうる事象等）を考慮し、安全に保育を実施する必要がありますので、施設での安全な医療機器等の取り扱いについて、次のとおりお預かりする内容を確認させていただきます。ご理解ご協力のほどお願いいたします。

**【確認事項】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | | 歳児クラス | 氏名 |
| 機器の種類  （〇をしてください） | 医療機器（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  めがね　　補聴器　　ヘッドギア　　装具等（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 施設での使用目的 |  | | |
| 施設での使用開始及び使用時間帯 | 使用開始予定　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  使用時間帯（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 施設での使用中の  注意事項 |  | | |
| その他 |  | | |

**【同意事項】**□に✔印をお願いします

□　保育中の医療機器等の取り扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失、こども同士で思わ

ぬアクシデント等が生じた場合、原則として施設では補償しかねますのでご了承ください。

* 施設での使用は、家庭で十分慣れてからの使用開始としてください。
* 緊急時に備え、施設からの連絡が常時取れるようにしておいてください。
* 内容の変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めて施設へ提出していただきます。

施設名：

　　　　　　 施設長・管理者 様　　　　　　　　　 　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

以上、確認の上同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 |  | | | | | |
| 確認年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 歳児クラス |  |  |  |  |  |  |
| 保護者確認サイン |  |  |  |  |  |  |
| 保育所確認 サイン |  |  |  |  |  |  |