

病後児保育のご案内

☆病後児保育とは☆

病後児保育とは、お子さまの病気の症状は落ちついたけれど、まだ集団保育が困難なお子さま、かつ、勤務等の都合によって家庭での保育ができない時に、一時的にお預かりする保育事業のことです。

ご利用案内

- 月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）
- 午前8時00～午後5時30分
- 定員/1日3名

利用対象児

- 生後6ヶ月から就学前まで（常陸太田市にお住まいでない方でもご利用いただけます）
- 医師の判断等により、施設利用が適当と認められたお子さま

ご利用負担金とお支払方法

- 生後6ヶ月～1歳6ヶ月 1時間/300円
- 1歳7か月～就学前まで 1時間/200円
- 給食・おやつ代は別途料金 300円/1日（お弁当・おやつ持ち込み可）
- ご利用中、発熱等体調不良などで、途中で帰宅する場合は開始時間からの時間料金をいただきます。
- 領収書の再発行はできません。
- 利用分のお支払いは、利用日ごと。病後児保育終了後、お迎え時に清算します。

※はすみ保育園在園児は無料

※保育の必要性の認定を受けているお子さまは無料

<利用手続きと利用の流れ>

■利用手続き■

病後児保育登録申請書(毎年度1回)を提出して頂きます。

■利用の流れ■

1電話で予約状況の確認

2病院を受診する

医師に診療情報提供書を記入してもらう

■利用日時を予約する■

・利用前日の午後5時までに予約する

・利用当日空きがあれば当日でも利用できることがありますのでお問い合わせください。

※新型コロナウイルス感染拡大に伴い、お子さまの症状によっては入室前に医師の判断により、PCR検査を受けていただく場合があります。

キャンセル

- 当日のキャンセルは、午前9時までにご連絡ください。



持ち物

- 所定の書類一式
 - ・診療情報提供書
 - ・病後児保育利用申込み書
 - ・家庭連絡票
 - ・健康保険証のコピー
- 着替え一式（上下着替え・下着 2～3組程度）
- タオルケット
- 汚れ物を入れるビニール袋 2枚
- 食事前エプロン
- 口拭きタオル(ウェットティッシュ可)

<必要な方>

紙おむつ・ミルクを飲んでいるお子さまは、哺乳瓶と粉ミルク



【お問い合わせ先・お申込み先】

社会福祉法人 西山苑 はすみ保育園
子育て支援センター 病後児保育室
☎ 0294-73-0578

病後児保育利用登録申請書

園長 木村 有里 殿

(自 署)

令和 年 月 日 申請者(保護者) 氏名

印

児童	ふりがな 氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
住所	〒 電話番号				
保護者	氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号	携帯電話番号
緊急時 連絡先	①	父・母・その他()の勤務先・携帯・その他()			
	②	父・母・その他()の勤務先・携帯・その他()			
かかり つけ医	医療機関名、医師名等 電話番号				
生育歴	妊娠中の異常 : なし・あり()				
	出生児体重 : g	在胎 : 週	首のすわり : ヶ月	おすわり : ヶ月	
	一人歩き : ヶ月	母親の後追い : ヶ月	初語(意味のあることば) : 歳	ヶ月	
	人見知り : ヶ月	栄養法 : 母乳・人口・混合	離乳食摂取期間 : ヶ月	ヶ月	
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅はん(りんご病) <input type="checkbox"/> その他()				
予防接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 (回・追加)	<input type="checkbox"/> ヒブ (回・追加)	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (回・追加)		
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (回・追加)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回・追加)	<input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合) (回)		
	<input type="checkbox"/> ポリオ (回)	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) (回)		
食べ物の 制限	なし・あり (理由 :) ※制限があるもの <input type="checkbox"/> 全卵 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他()				
その他	児童の体質(薬物アレルギー等)やくせ等、心配なことや配慮してほしいことを記入してください。				

病後児保育利用申込み書

園長 木村 有里 殿

病後児保育の利用について。次のとおり申込みます。

令和 年 月 日 申込み者(保護者)住所

(自署)

氏名

印

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	年	月	日
			(歳	ヶ月)	
利用希望時間 及び時間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)					
	時 分 ~ 時 分					
緊急連絡先 (確実に連絡がとれるところ)	氏名	(父 ・ 母 ・ その他 :)				
	電話番号	(携帯電話 ・ 勤務先 ・ 自宅)				
疾患の状況	病名		服薬	なし ・ あり		
	主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()				
	いつから通院していますか	(年 月 日)				
家庭での保育 が困難な理由	勤務・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他()					
留意事項	特に注意してほしいこと等を具体的に記入してください。					
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医療機関により記録されたもの) <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し					

※利用期間延長の場合

延長期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)
延長を必要とする理由	

病後児保育診療情報提供書

年 月 日

園長 木村 有里 殿

児童氏名	ふりがな	性別	生年月日	年齢
		男・女	年 月 日	歳 か月

疾患 <small>該当するものに○をつけてください</small>	感冒 咽頭炎 扁桃腺炎 気管支炎 喘息・喘息様気管支炎 消化不良 感冒性嘔吐症	自家中毒 中耳炎・外耳炎 結膜炎 とびひ 突発性発疹 手足口病 伝染性紅はん	その他 ()
症状	発熱・下痢・嘔吐・がいそう・喘鳴・発疹・その他()		
初発・再発	初発 ・ 再発 (初発 年 月 日)		
安静の度合い	1 ベットの上での安静が必要である 2 室内での安静が必要である (他の児童との関わりは可能である) 3 通常の保育が可能である		
投薬	無 有	(有の場合は投薬の内容、頻度等を記入してください)	
留意事項	(生活、食事、体質等について記入してください)		

本児童は、通常の集団保育(生活)は困難であるが、上記疾患の急性期を過ぎた回復期にあるため、病後児保育を利用することについて可能と認めます。

医療機関名

医師名

印

電話番号

家庭連絡票

歳 ヶ月

家庭からの連絡(保護者の方が記入するところです)

ふりがな 名前		男・女	平成 令和	生年月日	年 月 日
前日の夕食	米飯・軟飯・おかゆ・その他()			食欲	有・無
朝食	米飯・軟飯・おかゆ・その他()			食欲	有・無
平熱	℃	今朝の体温	℃	この症状はいつからですか	
鼻汁	有・無			今回処方された	水薬 散剤 軟膏 ()
咳	有(コンコン・ゼイゼイ・その他)・無			お薬の種類・内容	ホクナリンテープ (有・無)
嘔吐	今朝	有・無		*お薬連絡票(薬剤 情報提供書)をお持ち ください	その他 計 種類
	昨日	回/1日			朝飲んだ時間
下痢	今朝	有・無			飲ませる時間
	昨日	回/1日			ひきつけ 有・無 ダイアアップ 有・無
発疹・湿疹	有・無			*お預かりできる薬は、今回、病後児保育医療診療情報書を書いて もらった医療機関から出された薬に限ります	
睡眠時間	:	~	:		
アレルギー	無・有(卵・青魚・小麦粉・牛乳・他)				
与えていないもの	無・有(卵・青魚・小麦粉・牛乳・他)				
0・1歳児のみ ご記入ください	普通の離乳食 前期・中期・後期・完了期・普通食			排泄について	
	ミルク 1回 ml 1日 回			自立している・声掛け必要・午睡中は紙パンツ トレーニング中・まだトレーニングしていない	
お迎えの時間	時 分 頃			その他	
お迎えの人	父・母				
	その他	氏名 連絡先TEL			

* 当日予約された方でキャンセルされる時は8:30~9:00までに連絡してください
予約された時間より30分以上遅れる時も電話連絡ください

* 予約をした時と症状が異なる場合は、入室前にお電話でご相談ください。
(状況により入室できないことがあります)