

はすみ保育園病後児保育

仕事で会社を休めない保護者のために、病気の回復期にあるお子さんをお預かりします！！

- 対象児
- ・病気の回復期にあり、病後児保育利用が可能と医師が判断したお子様
 - ・保護者に就労（両親）、疾病、出産、冠婚葬祭等やむを得ない理由がある場合に限りま

☆回復期とは・・・

医療機関による入院・治療の必要はないが、安静の確保に配慮する必要があるため、保育園・家庭保育室・幼稚園・学校等での集団生活が困難な状態のこと。

☆花粉症の症状のひどいお子様は、戸外遊びやお散歩などの時間帯だけのご利用もできます。

利用日 月曜日から金曜日まで（土・日・祝日を除く）

利用時間 午前8：30～午後4：30まで

定員 3人（予約制）

料金 利用料金
★緊急時の医療費は別途負担となります。

利用方法

- ① 利用登録 年度ごとに「利用登録申請書」を提出してください。
- ② 受診 病気等の急性期を過ぎたら、かかりつけの医療機関を受診し、医師に「診療情報提供書」を記入してもらい（費用は自己負担）、病後児保育の利用が可能であることを確認してください。
- ③ 予約 利用の前日午後4時30分までに、はすみ保育園病後児保育室に直接電話予約をしてください。当日の利用ができる場合もありますので、8時30分以降にはすみ保育園病後児保育室へお問い合わせください。
- ④ 利用 『利用申込み書』及び『診療情報提供書』を提出してください。利用料は、お迎え時にお支払いください。

利用する日の持ち物

- ◎すべての児童【初日のみ】
【利用日ごと】
- 健康保険証（写し）、家庭からの病状連絡票（家庭連絡票）
 - 家庭連絡票
 - パジャマ
 - 着替え（服・下着2～3組）
 - タオル（おしぼり・汗拭き用）
 - バスタオル
 - 汚れ物入れ袋等（レジ袋1～2枚）

◎必要な児童： 医師が処方した薬
お薬連絡票（薬剤情報提供書添付）
ミルク（1日の必要量）、哺乳瓶、食事用エプロン
おむつ（1日分）、おしりふき、ビニール袋2～3枚
お子さまのお気に入りの絵本やおもちゃ、おしゃぶり等
※持ち物には必ず名前を記入してください。

◎家庭からの家庭連絡票・お薬連絡票に関しては、施設で必要な書類となり、利用日ごとに必要事項等を入力して頂く場合があります。

☆必要書類は、はすみ保育園ホームページからダウンロードが可能です。
または、はすみ保育園・はすみ保育園子育て支援センターに用意してあります。)

利用できる病気

感冒、消化不良、乳幼児が日常かかる疾患や風邪などの感染性疾患、喘息等の慢性疾患、骨折、熱傷等の外傷性疾患などです。

*詳細は施設とご相談ください。

*ただし、感染力が強いと思われる疾患などで、医師により受け入れが困難と判断されたものは除きます。
また、利用日の体温が38.5℃以上の場合は受け入れできませんので予めご了承ください。

その他・注意事項

- ① 当日のキャンセルは、午前8時30分から午前9時までに、電話にて連絡してください。
- ② 利用時間が変更になる場合は、速やかに連絡してください。
- ③ お迎えは、必ず午後4時30分までにお願いします。（時間厳守）
- ④ 利用の途中であっても、児童の体調によってお迎えをお願いする場合がありますので、緊急連絡先については、常に連絡がとれるようお願いいたします。
- ⑤ 診療情報提供書の提出があったとしても、当日の病状によっては利用をお断りする場合があります。
- ⑥ 利用時に児童の容態が悪化した時には、医療機関で医療行為を行う場合があります。（医療費は保護者負担となります）
- ⑦ 提出して頂いた書類は返却できませんのでご了承ください。
- ⑧ 施設の指示に従わない場合は、利用を取り消す場合があります。



お問い合わせ先（予約先）

〒313-0014

常陸太田市木崎2町937

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

TEL 0294-73-0578

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)

ふりがな 名前	男・女	平成 生年月日	令和 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 昨日 回/1日	*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
下痢	今朝 有・無 昨日 回/1日		朝飲んだ時間 飲ませる時間 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	普段の離乳食 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)

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

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"/> 麻疹(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(麻疹風しん混合(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"/> ぜーぜー <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					