

病児保育の利用案内

1. 対象となる児童及び定員

- ・ 小学校3年生までで病気の急性期にある児童。
- ・ 集団生活には適さないと医療機関、又は現在通っている保育所・幼稚園・小学校等などに判断された場合にお預かりいたします。
- ・ 定員、1日概ね1名。
- ・ **杉の子保育園の園児と自社従業員・共同企業従業員のお子さまが優先となります。**



杉の子保育園

2. 利用時間等

- ・ 利用可能日 月20日(開園日はカレンダーにて)
- ・ 利用可能時間 9:00～17:00

※ご利用前日の16:00までに電話で予約をしてください。その際に、必ず連絡が取れる連絡先を伝えてください。予約が確定していない場合、折り返しご連絡をいたします。閉園時間までにご連絡がつかない場合は、キャンセルとさせていただきます。

3. 利用手続き

- (1) 杉の子保育園に電話でお申し込みください。☎0475-44-4776
- (2) 保育園の見学と書類の受け取りにお越しくください。
※お忙しい場合はメールやラインでのやり取りも可能です。ご相談ください。
- (3) 提出していただく書類が整いましたら杉の子保育園までお持ちください。(9:00～17:00)
- (4) 登録完了です。

4. 提出していただく書類

| | |
|-----------------|--------------------------------------|
| ①入園登録申請書 | |
| ②緊急時対応事項及び承諾書 | |
| ③発育等状況確認票 | ※0歳～5歳児は提出してください。 |
| ④情報提供書 | ※かかりつけ医師に依頼してください。 |
| ⑤保護者連絡ノート | ※毎日ご記入ください。 |
| ⑥与薬依頼書 | |
| ⑦食事歴調査票 | ※0歳～1歳児を対象としています。 |
| ⑧健康保険証のコピー | |
| ⑨健康診断書のコピー | ※母子手帳のコピーでも可能です。3ヶ月以内に受けたものをご提出ください。 |
| ⑩食物アレルギーに関する申告書 | ※症状によっては医師の診断書をご提出していただくこともございます。 |
| ⑪持病に関する同意書 | ※症状によっては医師の診断書をご提出していただくこともございます。 |

5. お支払いについて

| | 料金 | 自社従業員 | その他 |
|--|--------------|-------|-------|
| | 一日9:00~17:00 | 1,000 | 3,000 |

※ご利用ごとに、降園の際に園にお支払いください。

6. 連携クリニックについて

| | | | |
|--|----------------|--------------|--------------|
| | あまが台ファミリークリニック | 長生郡長生村本郷7293 | 0475-36-7011 |
| | たけデンタルクリニック | 茂原市大芝595-1 | 0475-47-3876 |

7. 持ち物について

※全ての持ち物の右下に名前をご記入ください。登降園用バックに必要なものを入れてお持ちください。

| | 品名 | 0歳児 | 1歳児 | 2歳児以上 | 備考 |
|--|--------------|-----|-----|-------|-----------------------|
| | 着替え(上下)/2組 | ● | ● | ● | つなぎはお控ください。 |
| | 下着/2組 | ● | ● | ● | |
| | スタイ(よだれかけ) | ● | ● | | 必要に応じてご持参ください。 |
| | 食事用エプロン/3枚 | ● | ● | ● | |
| | おしぼり/3枚 | ● | ● | ● | |
| | タオルケット・毛布/1枚 | ● | ● | ● | |
| | 紙オムツ | ● | ● | ● | 記名の上、お持ちください。 |
| | おしり拭き | ● | ● | ● | 記名の上、お持ちください。 |
| | ビニール袋/2袋 | ● | ● | ● | おしぼり、汚れた衣類等を入れて返却します。 |
| | マグマグ | ● | ● | | |
| | 粉ミルク | ● | ● | | |
| | 哺乳瓶/2~3本 | ● | ● | | |

※玩具等の私物の持参は破損・紛失の可能性があるのでお断りしておりますのでご了承ください。

7. その他

- (1) お預かりした書類に変更が生じた場合は、速やかに保育園に申し出て所定の手続きを行なってください。
- (2) お子さんの急変が見られ、専門医の受診が必要な場合は、保護者に連絡をさせていただきます。
- (3) 無断キャンセル・キャンセルの多い方は、次回からの利用を制限・お断りする場合があります。
- (4) **保育時間は厳守をお願いします。** 保育時間を守っていただけない場合は、次回からの利用を制限・お断りする場合があります。
- (5) お子さまが安全で快適に利用できますよう、運営にご理解ご協力をお願いします。

発育等状況確認【0～2歳児病児用】

※現在のお子さまの状況に該当する項目に☑を記し、カッコ内も該当箇所には○を記し、必要事項を記入してください。

記入日： 年 月 日

| | | | | | |
|--|---|--|------|----------------|------------|
| (ふりがな) 児童名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 (歳 か月) | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 母乳を飲んでいる <input type="checkbox"/> 粉ミルクを飲んでいる <input type="checkbox"/> 混合(母乳と粉ミルク) <input type="checkbox"/> 離乳食と母乳(又は粉ミルク) <input type="checkbox"/> 離乳食を食べさせてもら <input type="checkbox"/> 食事を手づかみで食べることができる <input type="checkbox"/> (スプーン・フォーク・はし)を使って食べよとするが、手助けが必要である <input type="checkbox"/> (スプーン・フォーク・はし)を使って1人で食べることができる | | | | |
| | ※粉ミルクを飲んでいる場合は、カッコ内をご記入ください。 ミルクの回数は1日()程度、1回の量はおよそ()CCです。 | | | | |
| | ※離乳食や食事を食べている場合は、食品・食材の形状をお知らせください。 <input type="checkbox"/> 果汁のみ <input type="checkbox"/> スープ状 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> だろだろ(おかゆ等) <input type="checkbox"/> 小さくほくしたもの(やわらかく、歯ごたえあり) <input type="checkbox"/> 大人とほぼ同じ | | | | |
| | 食事量 | <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない | | 好きな 食べ物 | 嫌いな 食べ物 |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> (常時・時々・就寝時のみ)おむつを使用している <input type="checkbox"/> ひとりではできないが、尿意・便意を知らせることができる <input type="checkbox"/> ひとりでトイレに行くが、後始末は大人の手助けが必要である <input type="checkbox"/> (うんちのみ・おしっこのみ・うんちもおしっこも)ひとりでできる | | | | |
| 予防 接種 | <input type="checkbox"/> ヒブ()回 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌()回 <input type="checkbox"/> B型肝炎()回 <input type="checkbox"/> 四種混合()回 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹()回 <input type="checkbox"/> 水痘()回 <input type="checkbox"/> 日本脳炎()回 <input type="checkbox"/> HPV()回 <input type="checkbox"/> ロタウイルス()回 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ()回 <input type="checkbox"/> インフルエンザ()回 <input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風(第2期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(第2期) <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 感染 症歴 | <input type="checkbox"/> 麻疹： 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう： 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 百日咳： 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ： 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 風疹： 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)： | | | | |
| 既往 歴 | <input type="checkbox"/> 熱性けいれん(<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある) (初回： 歳 ヶ月) (最後： 歳 ヶ月) 薬(<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・薬名：) <input type="checkbox"/> 喘息(<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・薬名：) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎(<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある) (治療： <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬・薬名：) <input type="checkbox"/> その他の病気(具体的に)： | | | | |
| これまでの 状況 | 他の病児・病後児保育に預けたことはありますか(<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある) | | | | |
| | 上記質問で「ある」とご回答の場合、どこに預けましたか ※施設名() | | | | |
| 生育歴 | ・生まれたときの体重は何グラムですか ()g ・首がすわったのはいつ頃ですか <input type="checkbox"/> ()ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・歩き始めたのはいつ頃ですか <input type="checkbox"/> ()ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ | | | | |
| 健康面 | ■ 常時服用する薬(熱性けいれん・喘息・アトピー性皮膚炎等で常時服用している薬があれば、服用時間も含め具体的にお書きください。) | | | | |
| | ■ アレルギー等(かかりつけ医からの食事制限の指示、体質など心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。) | | | | |
| ■ 療育手帳または身体障害者手帳をお持ちですか。また、特別児童扶養手当は受給していますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容：) | | | | | |
| ■ 病後児保育を利用するにあたり、日常生活のこと(食事や発達、行動面など)で伝えておきたいことがございましたらご記入をお願いします。 | | | | | |

発育等状況確認票【3～5歳児病児用】

※現在のお子さまの状況に該当する項目に☑を記し、カッコ内も該当箇所には○を記し、必要事項を記入してください。記入日： 年 月 日

| | | | | | | |
|---------------|---|--|------|----------------|--------|--|
| (ふりがな) 児童名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 (歳 ヵ月) | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> スプーンとフォークを使うが、手も使って食べる <input type="checkbox"/> スプーンとフォークを使って食べる <input type="checkbox"/> スプーンとフォークに加え、はしも使って食べる | | | | | |
| | 食事量 | <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない | | 好きな食べ物 | 嫌いな食べ物 | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> (常時 ・ 時々 ・ 就寝時のみ) おむつを使用している <input type="checkbox"/> ひとりではできないが、尿意・便意を知らせることができる <input type="checkbox"/> ひとりでトイレに行くが、後始末は大人の手助けが必要である <input type="checkbox"/> (うんちのみ ・ おしっこのみ ・ うんちもおしっこも) ひとりできる | | | | | |
| 予防接種 | <input type="checkbox"/> ヒブ (回) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (回) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 (回) <input type="checkbox"/> 水痘 (回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input type="checkbox"/> HPV (回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス (回) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (回) <input type="checkbox"/> インフルエンザ (回) <input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風 (第2期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (第2期) <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 感染症歴 | <input type="checkbox"/> 麻疹： 歳 ヵ月 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう： 歳 ヵ月 <input type="checkbox"/> 百日咳： 歳 ヵ月 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ： 歳 ヵ月 <input type="checkbox"/> 風疹： 歳 ヵ月 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) : | | | | | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある) (初回： 歳 ヵ月) (最後： 歳 ヵ月) 薬 (<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・薬名：) <input type="checkbox"/> 喘息 (<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・薬名：) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある) (治療： <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬・薬名：) <input type="checkbox"/> その他の病気 (具体的に) : | | | | | |
| これまでの状況 | 他の病児・病後児保育に預けたことはありますか (<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある) | | | | | |
| | 上記質問で「ある」とご回答の場合、どこに預けましたか ※施設名 () | | | | | |
| 生育歴 | ・生まれたときの体重は何グラムですか () g) ・首がすわったのはいつ頃ですか <input type="checkbox"/> (ヵ月頃) <input type="checkbox"/> まだ ・歩き始めたのはいつ頃ですか <input type="checkbox"/> (ヵ月頃) <input type="checkbox"/> まだ | | | | | |
| 健康面 | ■ 常時服用する薬 (熱性けいれん・喘息・アトピー性皮膚炎等で常時服用している薬があれば、服用時間も含め具体的にお書きください。) ■ アレルギー等 (かかりつけ医からの食事制限の指示、体質など心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。) ■ 療育手帳または身体障害者手帳をお持ちですか。また、特別児童扶養手当は受給していますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：) ■ 病後児保育を利用するにあたり、日常生活のこと (食事や発達、行動面など) で伝えておきたいことがございましたらご記入をお願いします。 | | | | | |

杉の子保育園・病児保育
保護者からの連絡ノート

年 月 日記入

| | | |
|-----|-----------------|---------|
| 児童名 | 本日の緊急連絡先 () | お迎え予定時間 |
| | * 連絡先名 | お迎え予定者 |

1. 今回の疾病について

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| いつから具合が悪くなりましたか？ | インフルエンザ 予防接種の有無 (当年度) |
| どんな症状がありますか？ | |
| 最初に受診した日はいつですか？ | |
| 現在飲んでいるお薬はありますか？ | |
| 症状が出てからの飲水や食事の様子はどうですか？ | |
| | 未接種 ・ 1回 ・ 2回 |

2. お薬について

| |
|--|
| 自宅でのお薬の飲み方を教えてください。 |
| 座薬を使用していれば、最後に使用した時間を教えてください。 |
| 与薬を <input type="checkbox"/> 依頼する ・ <input type="checkbox"/> 依頼しない ※与薬をご希望の場合は、与薬依頼書をご提出ください。又、お薬手帳のコピーも一緒にご提出ください。 |

3. お子さまの生活習慣

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| 排泄 | トイレ ・ トイレトレーニング ・ パンツ ・ おむつ |
| 寝る時のくせ・姿勢 | |
| その他好きな遊び・おもちゃなど | |

4. 今日のお子さんの様子

| | | | |
|--------------|----------------|-----------|----------------------|
| 今日の体温 ℃ | 昨夜の就寝時間 夜 時 | 朝ごはんの内容と量 | 最後におしっこした時間 時 分ごろ |
| 普段の平熱 ℃前後 | 今朝の起床時間 朝 時 | | 最後にうんちした時間 時 分ごろ |

2日以上ご利用の場合は、帰宅してからのご自宅での様子をご記入ください。

注 4は毎日ご記入ください。1～3は状態が変わったとき再度ご記入ください。

※お預かり時に上記事項について確認しました。

お預かり保育者サイン () 保護者サイン ()

情報提供書

杉の子保育園宛

年 月 日

医療機関

所在地

電話& F A X

医師名

印

病気の急性期にある児童が、病児保育の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供いたします。

(保護者記入欄)

| | | | |
|------|--------------|-----|-----|
| 氏 名 | | 性 別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | | |
| 住 所 | | | |
| 保護者名 | | 連絡先 | |

(医療機関記入欄) *該当項目に○を付けてください。

| | | |
|-------------|---|------------|
| 病名 | 1 感冒・感冒症候群 | 8 麻疹 |
| | 2 上気道炎 | 9 水痘 |
| | 3 気管支炎 | 10 風疹 |
| | 4 感冒性胃腸炎 (嘔吐・下痢) | 11 インフルエンザ |
| | 5 中耳炎・外耳炎 | 12 流行性耳下腺炎 |
| | 6 喘息・喘息様気管支炎 | 13 咽頭結膜熱 |
| | 7 骨折等の外傷性疾患 () | 14 百日咳 |
| | | 15 その他 () |
| 主な症状 | 1 発 熱 2 下 痢 3 嘔 吐 4 咳 嗽 5 喘 鳴 6 発 疹 7 その他 () | |
| 食事に関する特別な指示 | 1 なし 2 あり ミルクのみ ・ 離乳食 (前期 ・ 中期 ・ 後期) ・ 幼児食 アレルギー食 (除去内容) その他 () | |
| 薬の処方 | 1 なし 2 あり () *薬剤アレルギーの有無 1 なし 2 あり () *薬が処方されている場合は、薬剤情報書等の添付または内容を記載して下さい。 | |
| その他の注意事項 | | |

病児保育与薬依頼票（保護者記載用）



本票はお子さまに与薬が必要な際に必要事項を記載し、薬・処方箋と一緒にご提出ください。
 ※薬はお子さまを診察した医師が処方し調剤したもの、又はその医師の処方によって薬局で調剤したものに限りません。市販のお薬はお預かりできません。
 ※1つの処方箋につき1枚提出してください。
 ※薬は1回分ずつ分けて、名前を書いてお持ちください。
 ※お子さまの内服の拒否が強い場合、飲みこぼした場合などは、それ以上に与薬をいたしません。

| | |
|------------------------|------|
| 与薬を指示された 医療機関名及び医師名 | 電話番号 |
|------------------------|------|

与薬承諾書

お子さま氏名 _____

甲は乙が甲に代わり上記のお子さまについて与薬する事を承諾いたします。
 尚、乙が甲の記入した与薬依頼票に従って与薬したにも関わらず生じた事故については
 甲は一切その責任を乙に問いません。

年 月 日

甲（保護者氏名）： _____ 印

乙：杉の子保育園

| | | | | |
|-------------------|--------------------|----|---|-------|
| 病名 | | | 症状 | |
| 剤型 | 粉末・液（シロップ）・外用薬・その他 | | | |
| 処方内容 | 薬品名 | 容量 | 用法 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 外用薬 などの 使用法 | | | その他の注意事項 薬の飲ませ方など、特に注意する点がありましたらお書きください。 | |
| | | | 記入日 | 年 月 日 |
| | | | 受付者サイン | |

| | | | | | | |
|--------|-----|-------|-------|-------|---|--------------------------------------|
| お子さま氏名 | | | 与薬開始日 | 年 月 日 | | |
| 日付 | 薬品名 | 服用の時間 | 保護者印 | 保育者印 | | 備考 病状に関して・薬の飲ませた時間・薬が変更になったときの理由等 |
| | | | | 受取 | 薬 | |
| / | | | | | | |
| / | | | | | | |
| / | | | | | | |
| / | | | | | | |
| / | | | | | | |