一般用

えみのき保育園病児保育利用のしおり

2018.8 改定

◆対象児◆

保育所、幼稚園、小学校に通っている児童(生後５か月～小学生)で、当面病状の急変は認められないが集団保育が困難な状況であること。

※医師の指示書が必要　　※予約順

※ただし、以下のお子さまはお預かりできません。

①麻しんのお子さま

②流行性角結膜炎のお子さま

③疥癬のお子さま

④ウイルス性胃腸炎のお子さま

⑤医師の診察により点滴や酸素投与等を必要とする重篤な症状のお子さま

※1 歳を過ぎて MR(麻しん・風しん混合ワクチン)未接種のお子さまは、お預かりできないことがあります。

◆保育時間◆

月曜日～金曜日　9:00～18:00　　※お休み：土曜日、日曜日、祝日、夏期、年末年始

◆利用定員◆

最大２名(2 症状×1 名)

◆利用料金◆

一般利用/1 日 4,000 円

◆食事◆

各家庭より持参

◆与薬◆

なし

◆留意点◆

①指示書があっても、当日入室時明らかにお子さまの状態が悪い場合などお預かりできない時があります。あらかじめご了承ください。

②利用者間の感染症には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全くないというわけではありませんのでご理解ください。

③保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難になったときは、ご連絡させていただきます。速やかにお迎えをお願いいたします。

④医師による往診はありません。緊急時には事後承諾で受診することがあります。
（別途費用が掛かります）

◆登録◆

ご利用には事前登録が必要です。
用紙は HP でダウンロードいただくか園にお越しいただければお渡しできます。
事前登録票の提出には曜日や時間の指定がございますので、時間内に園にお持ちください。

裏面に続く

◆予約の流れ◆

※病児保育専用 Twitter で空き状況を確認

病児保育専用回線(留守電)にお電話ください。

◆前日までに受診が終わっていますか？
(医師の指示書がありますか？)

【受入れ優先順位】
①在園児
②一般利用のお子さま

はい

【前日申込み】

◆利用希望日前日の 15:00～17:00 に電話にて申込み。
①児童氏名・学年
②病名
③連絡先電話番号
◆18 時までに利用可否についてご連絡します。
予約状況、症状によってはお預かりできない場合もございます。予めご了承ください。

【当日申込み】

◆利用希望日当日の7:00～7:30 に電話にて申込み。
①児童氏名学年
②病名
③連絡先電話番号
◆18 時までに利用可否についてご連絡します。
予約状況、症状によってはお預かりできない場合もございます。予めご了承ください。

利用可

いいえ

◆利用希望日当日の 7:00～7:30 に電話にて申込み。
①児童氏名・学年
②症状
③連絡先電話番号

◆８時までに**条件付き利用可否**についてご連絡します。
※受診後、病名が確定した段階で正式に判断します。
予約状況、症状によってはお預かりできない場合もございます。予めご了承ください。

医療機関を受診、確定した病名を保育園にご連絡ください。
最終的に看護師が受入れ可否について判断します。

利用可

下記持ち物を持参の上、保育園にお越しください。
※登園の際は、お子さまに**マスクを着用**させるようにしてください。
※登園しましたら、**お子さまと一緒に速やかに病児保育室にお入りください。**

◆一日の流れ◆
9：00～　入室
9：30～　水分補給(病状に合わせて対応います)
10：00～　検温・室内遊び・安静
11：00～　昼食
12：30～　お昼寝
14：00～　検温
15：00～　おやつ・水分補給・室内遊び・安静
～18：00　退室
※延長保育はありませんので、お子さまの負担を考え早めのお迎えをお願いいたします。

◆持ち物◆
①病児保育利用申込書
②診断書
③着替え一式(２組)・口拭きタオル(2 枚)・食事用エプロン・パンツ(２枚)・紙オムツ(5 枚)・おしり拭き
④レジ袋(２枚)
⑤食事・おやつ・水分・ミルク
⑥マグカップ・哺乳瓶**(必要回数分)**
⑦お子さまの好きなおもちゃや絵本など
※薬はお預かりできません。

えみのき保育園
〒214-0037
川崎市多摩区西生田 2-1-6
TEL：044-322-9292
FAX：044-322-9298

えみのき保育園　病児保育登録票

記入日:平成　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日	月齢	血液型
園児氏名		男・女	平成　年　月　日	歳 ヵ月	型

保護者	フリガナ		園児との続柄	緊急連絡先(携帯)	
	氏名			携帯	(　　)　　-
				勤務先	(　　)　　-
	フリガナ		園児との続柄	緊急連絡先(携帯)	
	氏名			携帯	(　　)　　-
				勤務先	(　　)　　-
現住所	〒　　- 自宅電話番号　(　　)　　-				

家族構成	続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	職業・在学校名等
		(　　)	昭和・平成　年　月　日	
		(　　)	昭和・平成　年　月　日	
		(　　)	昭和・平成　年　月　日	
		(　　)	昭和・平成　年　月　日	
		(　　)	昭和・平成　年　月　日	

発育暦	<出産暦>	第(　　)子	<離乳完了>	平成　年　月
	<出産暦>	普通・帝王切開・早産(　ヶ月)	<おむつが外れた時期>	平成　年　月
	<出生体重>	g	<首のすわり>	平成　年　月
	<栄養>	母乳・人工乳・混合	<歩行開始>	平成　年　月
	<主な養育者>	母・父・その他(　　)	<発語>(まんま・ぶーぶ等)	平成　年　月
健康状態	<現在の健康状態>　□ 良好　□ 不良	平熱　　度	平均睡眠時間　　時間	
	<現在治療中の病気・怪我>	病名(　　)　病院名(　　)		
		病名(　　)　病院名(　　)		

予防接種	種類		接種日	種類		接種日
	<四種混合>	第1回	平成　年　月	<インフルエンザ菌b型>	第1回	平成　年　月
	・百日咳	第1期 第2回	平成　年　月	(Hib)	第2回	平成　年　月
	・ジフテリア	第3回	平成　年　月		第3回	平成　年　月
	・破傷風	第1追加	平成　年　月		追加	平成　年　月
	・ポリオ		平成　年　月	<小児肺炎球菌>	第1回	平成　年　月
	<BCG>		平成　年　月		第2回	平成　年　月
	<MR>(はしか・風しん)		平成　年　月		第3回	平成　年　月
	<水痘>		平成　年　月		追加	平成　年　月
	<おたふくかぜ>		平成　年　月	<ロタウイルス>		平成　年　月
	<B型肝炎>		平成　年　月			平成　年　月
			平成　年　月	<その他>(　　)		平成　年　月
			平成　年　月	<その他>(　　)		平成　年　月

※次ページへ続く

えみのき保育園　病児保育登録票

かかった病気	<はしか>	平成　年　月	<手足口病>	平成　年　月
	<風しん>	平成　年　月	<とびひ>	平成　年　月
	<おたふくかぜ>	平成　年　月	<突発性発疹>	平成　年　月
	<水ぼうそう>	平成　年　月	<熱性けいれん>　（　回）	平成　年　月
	<アトピー性皮膚炎>	平成　年　月	<その他>	平成　年　月
かかりやすい病気	☐ 脱臼　☐ ひきつけ　☐ ぜんそく　☐ かぜ　☐ 気管支炎　☐ 扁桃腺炎　☐ 肺炎 ☐ 中耳炎　☐ 便秘　☐ 下痢　☐ 自家中毒　☐ 急性消化不良性　☐ ヘルニア　☐ 皮膚過敏症 ☐ その他（			
アレルギー	☐ なし ☐ アレルギーあり　☐ 卵　☐ 牛乳　☐ 大豆　☐ そば　☐ 落花生　☐ えび　☐ かに　☐ その他（			
	<現在の症状>（			
	<過去にアナフィラキシーショックの有無>　☐ なし　☐ あり（発生時期：平成　年　月頃）			
	<対応>　☐ 完全除去　☐ その他（　）			

◆留意点◆
①診断書があっても当日入室時明らかにお子さまの状態が悪い場合などお預かりできない時があります。
②利用者間の感染症には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全くないというわけではありません。
③保育中に病状が悪化し保育の継続が困難になったときはご連絡させていただきます。速やかにお迎えをお願いいたします。
④医師による往診はありません。緊急時には事後承諾で受診することがあります。
（別途費用が掛かります）

上記について承諾します。

平成　年　月　日

児童氏名

保護者氏名

(保育園使用欄)

在園児	一般	職員

園長	看護師	受付

えみのき保育園