

病児・病後児保育事業 事前登録票

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

登録園児・児童	フリガナ	シンマチ タロウ	愛称	性別	生年月日	
	園児・児童氏名	新町 太郎	たろちゃん	男・女	H (R) 30 年 12 月 11 日 ( 歳 月 )	
	自宅住所	〒899-4351 鹿児島県霧島市国分新町				
	自宅電話番号	0995-00-0000	通園・通学先	あおぞら新町保育園		
	かかりつけ医	医療機関名: ○○○小児科 担当医: 霧島 一郎				
保護者	父	氏名	新町 一	携帯電話番号	000-1234-0000	
		勤務先	雅建装 株式会社	勤務先電話番号	0995-00-0000	
	母	氏名	新町 花子	携帯電話番号	000-4321-0000	
		勤務先	あおぞら新町保育園	勤務先電話番号	0995-00-0000	
予防接種 (ワクチン)	Hib	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加				
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加				
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ	四種混合DPT-IPV又は三種混合DPT	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加			
		不活性ポリオ生ポリオ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加			
			<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 追加			
	BCG	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 済				
	はしか(麻疹)、風疹	MR(麻疹・風疹)又ははしか(麻疹)風疹	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	水痘	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目				
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加				
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目				
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目				
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目				
インフルエンザ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目					
健康状態	これまでにかかった感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 風疹		
	これまでにかかった病気	( ) 歳 月 日	<input type="checkbox"/> 入院			
		( ) 歳 月 日	<input type="checkbox"/> 入院			
		( ) 歳 月 日	<input type="checkbox"/> 入院			
	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり ( )				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ( )				
症状 ( )						
制限 ( )						
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にお書きください。					
その他	体質(薬物アレルギー等)や発育・発達に関する事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。					

# 与薬依頼票 (※薬剤情報提供書も一緒にお持ち下さい。)

令和 ○年 ○月 ○日

あおぞら新町保育園 殿

児童名 新町 太郎  
保護者氏名 新町 花子 続柄 ( 母 )  
(連絡先) 000-4321-0000

持参薬剤	粉末 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他 ( ) : 全部で (1) 種類
外用薬等の使用法	部位 ( )
保管	常温 ・ 冷所 ・ その他 ( )
薬の内容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ その他 ( ) 外用薬 ( )
使用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ おやつ前 ・ おやつ後 その他 ( )
薬剤情報	薬剤情報提供書の添付 ( あり ) ・ なし )
与薬期間	令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日

日付	保護者印	受領数	受領者	与薬実施時間	与薬数	担当者	保護者印
○月 ○日 (月)	印			時 分			
月 日 ( )				時 分			
月 日 ( )				時 分			
月 日 ( )				時 分			
月 日 ( )				時 分			
月 日 ( )				時 分			

- 薬剤情報提供書がある場合には、本紙と併せて利用時にご提出ください。
- 投薬変更時は、その都度与薬依頼票をご記入、ご提出ください。
- 与薬依頼票がない場合、こちらでの投薬は出来ませんので夕方お持ち帰りとさせていただきます。
- 与薬依頼票の残りが1枚になりましたら、お早めに声をおかけください。
- 与薬依頼票は、初回受領時に当園にてお預かりし、内服の状況は連絡票にてお知らせ致します。
- 投薬期間が変更になりましたら、職員まで声をおかけください。

# 病児・病後児ご利用のご家庭との連絡票

あおぞら新町保育園

R ○年 ○月 ○日

児 童 名	新町 太郎	年 齢	4 歳 10 ヶ月
利 用 日	R○年 ○月 ○日	お迎え時間	17 時 00 分
		お迎え予定者	母

## 家庭での様子

体 温	前日夜	19 時 00 分	38.9℃
	当日朝	7 時 00 分	38.0℃
便	なし・ <b>あり</b> → 多い・ <b>少ない</b>		
	硬便・普通便・軟便・泥状便・水 <b>様便</b>		
食 事	前日夜	食べなかった・ <b>少量</b> ・普段通り	
	当日朝	食べ <b>な</b> かった・少量・普段通り	
水 分	前日 夜	飲まなかった・ <b>少量</b> ・普段通り	
	当日 朝	飲ま <b>な</b> かった・少量・普段通り	
薬	内服	当日 朝	なし・ <b>あり</b> → 7 時 30 分
	外用	当日 朝	<b>なし</b> ・あり → 時 分
解熱剤使用	なし・ <b>あり</b> ( 23 時 50 分)		
今までに熱性痙攣になった事がありますか? なし・あり ( 歳 ヶ月)			
機 嫌	悪い・ <b>やや悪い</b> ・普段通り		
睡 眠	眠れ <b>な</b> かった・眠りが浅い・良く眠る		

## お子さんの様子

・気になる事や家庭での様子現在の症状などご記入ください。

昨夜、機嫌が悪く鼻水と咳が大量にでて息苦しいのか何度も目が覚め泣いておきました。

夜中に熱が38.9℃まで上がり機嫌が悪かったため、解熱剤を飲ませました。

熱が下がると少し楽になったのか、多少は寝ることができたようです。

朝はまた熱が上がってきています。

お気に入りのおもちゃと大好きなゼリーを入れてあります。

機嫌がやや悪いですがよろしくお願いします。

※裏面もご確認ください



# 準備するもの



書類	<input type="checkbox"/> 医師連絡票 兼 利用申込書
	<input type="checkbox"/> 病児保育・病後児保育 あおぞら新町保育園利用規約（初回のみ）
	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育事業 事前登録票（初回のみ）
	<input type="checkbox"/> 家庭との連絡票
おくすり	<input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬
	<input type="checkbox"/> <u>与薬依頼票（お薬の服用がある方のみ）</u>
	<input type="checkbox"/> お薬手帳・薬剤情報提供書どちらか一つで大丈夫です
衣類等	<input type="checkbox"/> 上下着替え・肌着（3枚ずつ）
	<input type="checkbox"/> <u>おむつ・おしりふき（必要な方）</u>
	<input type="checkbox"/> 汚れ入れ（お着替えをした時の服を入れるビニール袋など）
	<input type="checkbox"/> タオル1枚（フェイスタオル）
	<input type="checkbox"/> <u>お昼寝用でお気に入りのブランケットやタオルケット</u> （こちらでお布団の用意もあります）
食事	<input type="checkbox"/> <u>食事用エプロン</u>
	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶（ミルクは持参ください。お湯はこちらで用意します。）
	<input type="checkbox"/> <u>ストローマグ・水筒（中身は持参ください）</u>
	<input type="checkbox"/> <u>本人が摂取できる飲食物（食事摂取不良時）</u>
	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ・コップ
その他	<input type="checkbox"/> <u>お気に入りのおもちゃや絵本、おやつなどの嗜好品</u>



- ・ **赤字**は、利用時に必ず必要なものです。
- ・      は、必要時にそれぞれ持たせてください。
- ・ その他必要な物等がありましたらご持参ください。

※お持物の間違い防止の為、持ち物すべてに  
お名前の記入をお願いいたします。

## 【病児保育・病後児保育 あおぞら新町保育園 利用規約】

住所 霧島市国分新町 820-1

電話 0995-50-4707

### 第1条（名称）

本保育所の名称を「あおぞら新町保育園」（以下、保育園という）とする。

### 第2条（所在地）

保育園は霧島市国分新町 820-1 に設置する。

### 第3条（目的）

病気または病気の回復期であり、集団保育の困難な児童を一時的に預かる業務を行うことにより、地域社会の医療促進及び育児支援を目的とする。

### 第4条（保育看護の方針）

医師、看護師、保育士が連携して、病気の児童の保育・看護にあたることによって、児童が、病気・症状に合わせた適切な看護を受けられ、安全、適切に過ごすことができ、成長・発達に合わせた生活・遊びが保障されるよう配慮する。尚、保育園は、かわの小児科と連携・協力して保育を行うものとする。

### 第5条（病児保育の方針）

1) 利用対象は4か月から小学校6年生までの児童で、病気または病気の回復期であり、学校、保育園、幼稚園などでの集団保育が困難な方、医療機関により保育園の利用に際し許可が出た方を対象とする。

2) 定員は病児1名、病後児1名とする。

### 第6条（利用方法）

1) 開所日、利用時間、休所日は次のとおりとする。

①月～金曜日の午前8時30分～午後5時30分 開所とする。

休所日は土日、祝祭日、年末年始とする。

※利用時間は、諸都合により変更することがある。

②利用当日は原則8時30分よりお預かりする。

2) 予約は次のとおりとする。

- ①事前に登録し、前日または当日午前 8 時 30 分までに、電話での予約申し込みを受ける。
- ②予約が満杯の際はキャンセル待ちの申し込みを受ける。

3) 利用申請は次のとおりとする。

- ①初めての利用の場合は、原則利用日前日までに事前登録を済ませておく。
- ②利用当日に「連絡票兼利用申込書」「与薬依頼表」「お薬手帳もしくは薬剤情報提供書のコピー」を提出する。

4) 利用終了後（児童のお迎え）は次のとおりとする。

- ①保護者は保育園が提供する範囲で利用時間を決め、時間に遅れる際には必ず保育園に連絡をする。
- ②両親以外がお迎えに来る場合は、保護者が事前にその旨をスタッフに伝え、迎えに来る者は身分を証明できるものを持参し提示する。

#### 第 7 条（医療行為について）

- ①預かり時間内には医療行為（服薬を除く）は行わない。
- ②病状悪化時に、保護者に連絡後、必要な場合はかわの小児科または国分生協病院に、スタッフが付き添い移動し、医師の診察を受けることがある。その際必要な検査（採血など）や処置（点滴など）をすることがある。

#### 第 8 条（利用料金など）

- ①基本料金は給食代込みで 1 日 1,000 円、半日利用の場合も給食が出た場合は 1,000 円とする。
- ②給食が不要な場合、お弁当などを持参した場合は、1 日 500 円とする。
- ③着替え、おむつなど必要な身のまわりのものは各自で用意する。用意したものに不足が生じ、やむをえず保育園が調達したものについては別途料金を徴収する。
- ④在園児は無料（0 円）とする。

#### 第 9 条（料金の支払方法）

利用料金の支払いは、預かる際に状況に応じて 500～1,000 円の預かり金を徴収し清算する。

#### 第 10 条（秘密保持）

保育園に従事する職員は、本契約に基づく業務上知り得た児童・保護者及びその家族の情報を秘密として扱い、法令に基づく要請を除き、許可なく第三者への提供はしない。職員の守秘義務は退職後においても同様の扱いとする。

#### 第 11 条 (補償制度)

保育園を利用するにあたり、万一事故などが発生した場合、保険適用範囲内において補償を受けることができる。

但し、病状悪化等、保育園の責に帰すことができない事由による事故の場合はこの限りではない。

#### 第 12 条 (利用制限)

次の各号のいずれかに該当する場合は、保育の途中に関わらず利用を制限し、また受け入れを拒否する場合がある。

- ①児童の病状により、保育が不適切だと医師が判断した時
- ②暴風警報、地震注意報などが発令され保育が困難な時
- ③感染の流行により他の児童への影響が高い時
- ④保育園の保育方法、医師の診察に同意しない時
- ⑤本利用規約に同意しない時

#### 第 13 条 (保護者の義務)

児童の保護者は、保育園を利用する間、「病児または病後児保育利用申込書」に記載した緊急連絡先に保育園または関連医療機関が常に連絡でき、緊急時でも保護者の意思が確認できるよう努めなければならない。

#### 第 14 条 (規約の変更)

本規約の変更は保育園が定め、その効力はすべての利用登録者に帰属する

以上の利用規約内容に同意し、下記に署名いたします。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

利用児童名 新町 太郎

保護者名 新町 花子 続柄 ( 母 ) (印)

〒 899 - 4305

住所 鹿児島県霧島市国分新町820-1

TEL 0995 - 00 - 0000

# 医師連絡票 兼 利用申込書

## あおぞら新町保育園(病児室・病後児室)様

病児・病後児保育の利用について、下記の点について連絡します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

お子さまの名前	新町 太郎 様	住所	
		病院名	
		医師名	
		電話番号	

症状(病名等)	
経過(検査内容等)	

治療 ・ 処方	投薬や吸入の指示、けいれん予防や解熱時の座薬使用の指示などありましたら、ご記入ください。 お薬手帳参照の場合は、以下に✓をご記入下さい。
	( ) 投薬指示はお薬手帳を参照
食事に関する指示	1.なし 2.あり ( )
隔離について (病児保育利用時は記入)	1.隔離不要 (他園児と同室での保育が可能) 2.隔離要 (他児との接触を避ける)
備考	

注) 利用見込み期間中、医療機関へ保育施設から問い合わせさせていただくことがございます。  
ご協力をお願いします。

- ・保育施設の当日稼働状況により、利用をお断りする場合がございます。ご了承下さい。
- ・本票記入に際しご不明な点がございましたら、あおぞら新町保育園(0995-50-4707)までご連絡下さい。

医師より下記の説明を受けた上で、利用を申し込みます。

保護者名 新町 花子

保護者の勤務場所 (所在地)	霧島市国分新町820-1
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	① 000-4321-0000 電話 母 関係 ② 電話 関係
お迎え予定者	母