

○病後児保育室は医療施設ではありません。児童の状態に大きな変化があり、保育が無理と判断した場合は保護者へ連絡しますので、お迎えをお願いします。

○利用当日、自宅での検温で38.0℃を超えている場合は、利用をお断りしています。

○当日キャンセルの場合7:00~7:15の間に保育園の携帯番号080-9331-6460までご連絡下さい。

※不明な点は直接保育園にお問い合わせ下さい。

#### ■一日の流れ

##### 8:00 登園

病後児保育室専用の入口から入ります。その後、書類が揃っているか、病状やお薬、緊急時の連絡先等について確認します。

##### 9:00 おやつ

検温、症状の観察をしながら、それぞれの体調に合わせた活動をして過ごします。

(ままごと・ぬりえ・おりがみ・ブロックなど…)

##### 11:00 給食・内服

栄養士と相談し、配慮食やアレルギー食にも可能な限り対応します。必要な場合にはご相談下さい。

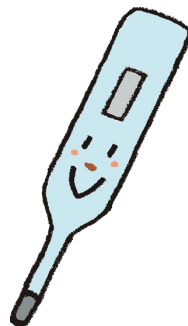
##### 12:00 お昼寝

年齢や、それぞれの状態に合わせて、休息の時間を確保します。

##### 15:00 おやつ

検温、症状の観察をしながら、それぞれの体調に合わせた活動をして過ごします。

##### 18:00 降園



社会福祉法人 宮城厚生福祉会

古川くりの木保育園

## 病後児保育のご案内

問い合わせ先

古川くりの木保育園

住所：大崎市古川福沼二丁目 18 番 30 号

電話：0229-91-5075

## 病後児保育室(こいすぐみ)のご案内

病後児保育とは…

保育園や小学校等に通う児童が、病気や怪我などの回復期にあるため集団生活が適当でなく、またお仕事の都合でご家庭での保育が困難な場合の児童の保育及び看護を行います。

### ■対象児童

大崎市内に在住し、保育園・認定こども園、小規模保育施設・幼稚園・小学校に通う満1歳から小学校3年生までの児童

### ■利用できる病気

- ・急性上気道炎（風邪） ・気管支炎 ・肺炎
- ・胃腸炎 ・水ぼうそう ・おたふくかぜ
- ・インフルエンザ ・とびひ ・溶連菌感染症
- ・中耳炎 ・突発性発疹 ・手足口病 ・喘息
- ・骨折などの怪我
- ・その他、医師の判断により、病後児保育が適当と認められた病気

### ■保育時間

**月曜日～金曜日 8:00～18:00**

※土曜日・日曜日・祝日・年末年始はお休みです。

### ■利用料金（利用当日保育園にお支払い下さい。）

1日利用：2,000円

半日利用(4時間以内)：1,000円

※階層区分により、返金の対応をさせていただきます(大崎市より連絡後)。

[区分]A階層・B階層：2,000円 返金

C階層：1,000円返金

※給食(午前おやつ・給食・午後おやつ)は園で提供します。下痢食、アレルギー食にも対応しています。ご相談ください。(給食は利用料金に含まれています。)

### ■持ち物

#### ◎医師が記入した**病後児保育実施連絡票**

※年齢に合わせて必要な物をお持ちください。

○着替え一式

○バスタオル・毛布など

(シーツとして使用するものと、掛けるもの)

○オムツ・おしりふき

○買い物袋1～2枚、透明のビニール袋1～2枚程度(汚れたオムツや着替えた服を入れます)

○ノンアルコールのウェットティッシュ(午前おやつ、給食、午後おやつに使用します)

○エプロン・コップ

○エプロン入れ(使用したエプロンを入れる防水性のある袋)

○普段使っているお気に入りのおもちゃなどを持ってきて大丈夫です。

### ■申し込み方法

※事前の登録は必要ありません。必要なときに、電話で申し込むことで利用できます。

1. 病後児保育室に空きがあるかを、電話で確認し、仮予約して下さい。
2. 病院を受診し診察を受け、病後児保育を利用したいことを医師に伝え、「病後児保育実施連絡票」を記入してもらって下さい。
3. 病後児保育が適当と判断された場合には、再度古川くりの木保育園に予約の電話をして下さい。病名、利用したい時間等をお伝え頂き、予約完了です。

### ■必要な書類

※全ての書類が、古川くりの木保育園ホームページよりダウンロードできます。(保育園に直接取りに来ていただいても大丈夫です。)

①病後児保育実施連絡票(医師が記入)

※診察した医師が記入します。病院に書類はありませんので、受診の際必ず持って行くようにして下さい。大崎市民病院以外は、無料で記入してもらえます。

②病後児保育利用申込書(保護者が記入)

③くすり連絡票(保護者が記入)

④家庭との連絡票(保護者が記入)

### ■注意点

○利用は申し込み順としますが、種類の違う感染症が重なったり、児童の症状や病状により利用できない場合もあります。

# 病後児保育利用申込書

年 月 日

古川くりの木保育園長殿

保護者住所

氏 名

印

電話番号

児童氏名	ふりがな	男	生年月日	年 月 日
		女	愛称	歳 月
通園施設名	(保育園・幼稚園・小学校) <span style="float: right;">電話番号</span>			
かかりつけ医	病院名	担当医師		電話番号
緊急連絡先	①	電話番号		
	②	電話番号		
利用希望期間 及び時間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間) 利用時間 時 分 ~ 時 分			
病気の経過 及び症状 内服薬の有無	内服 ( あり ・ なし ) ※内服がある場合は、「くすり連絡票」を記入していただきます。			
予防接種	BCG	受けていない ・ 受けた		
	麻疹・風疹	受けていない ・ 受けた		
	ポリオ	受けていない ・ 受けた		
	水痘	受けていない ・ 受けた		
	おたふくかぜ	受けていない ・ 受けた		
	三種混合	受けていない ・ 受けた ( I 期 1 回 2 回 2 回 I 期追加 )		
	四種混合	受けていない ・ 受けた ( I 期 1 回 2 回 3 回 I 期追加 )		
既往歴	これまでかかった感染症と病気に○をつけてください。 1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水痘 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 とびひ 10 蕁麻疹 11 熱性けいれん ( 回数 回 ・ 最後のけいれん 年 月 日 ) 12 アレルギー ( ) 13 その他			
食事制限	無 ・ 有 ( 具体的に: ) ※例: 下痢のため配慮食にしてほしい、アレルギー食にしてほしいなど			
その他	配慮してほしいことなどを具体的にお書きください			

様式第1号 (第6条関係)

病後児保育実施連絡票

年 月 日

古川くりの木保育園園長 様

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

下記の児童について、病後児保育の実施が適当であると認められますので連絡いたします。

記

児 童 名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 ( ) 歳
住 所	宮城県大崎市		TEL
病 名	1 急性上気道炎	10 麻疹	
	2 気管支炎・肺炎	11 水痘	
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 風疹	
	4 嘔吐下痢症	13 インフルエンザ	
	5 感染性胃腸炎	14 溶連菌感染症	
	6 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	15 中耳炎	
	7 突発性発疹症	16 膿痂疹	
	8 手足口病	17 その他 ( )	
	9 流行性耳下腺炎		
	<病名不明のとき>		
	18 発熱	19 下痢	20 嘔吐
	21 咳癒歌嗽	22 喘鳴	23 発疹
病 状	1 急性期 (発熱等)	2 回復期 (下熱・微熱等)	
安 静 度	1 ベット上安静	2 隔離室隔離	
	3 病後室内安静 (ベット等での生活が主, 他児との静かな遊びは可)		
	4 病後室内等保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
食 事 (昼間)	下痢食 アレルギー食の 有 無 (除去内容 )		
処方内容 指示等			
		次回診察予定日	年 月 日 ( )



児童名	お迎え時間		お迎えの人	登園時間	
	降園時間				
家庭での様子			病後児保育室での様子		
記入日	年 月 日 ( )		利用日	年 月 日 ( )	
体温	平熱: °C 昨夜: °C 今朝: °C		体温	朝: 時 分 °C 昼: 時 分 °C 夕: 時 分 °C	
鼻水	多い 少ない ない		鼻水	多い 少ない ない	
咳	多い 少ない ない		咳	多い 少ない ない	
呼吸	普通 ゼイゼイ その他 (回数 回)		呼吸	普通 ゼイゼイ その他 (回数 回)	
嘔吐	前日: 無・有 (回数 回) 今朝: 無・有 (回数 回)		嘔吐	午前: 無 有 (回数 回) 午後: 無 有 (回数 回)	
便	前日: 無・有 (回数 回) (普通・軟便・水様便・下痢便) 今朝: 無・有 (回数 回) (普通・軟便・水様便・下痢便)		便	便の状態: 普通 軟便 泥状便 下痢便 水様便 便の回数: 回	
尿の回数	多い 普通 少ない		尿の回数	多い 普通 少ない	
発疹・湿疹	無 有		発疹・湿疹	無 有	
水分量 ミルク量	前日: 水分量 普通・少量 ○ミルク量( ) ml/1日 今朝: 水分量 普通・少量 ○最終ミルク( ) ml( : )		水分量	ミルク・牛乳: その他:	
食事量	○夕食献立: 食事量: 全量 半分 少量 食べない ○朝食献立: 食事量: 全量 半分 少量 食べない		食事量	・屋食: 普通食・配慮食・離乳食・他 (献立): ・食事量: 全量 半分 少量 食べない ・午前おやつ:(献立): ・食事量: 全量 半分 少量 食べない ・午後おやつ:(献立): ・食事量: 全量 半分 少量 食べない	
薬	風邪薬: 使用時間( : ) 解熱剤: 使用時間( : ) 下痢止: 使用時間( : ) その他: 使用時間( : )			最後に使用した時間を記入してください。	
睡眠	良眠 不眠 (時間: ~ )		睡眠	良眠 不眠 (時間: ~ )	
機嫌	良い・ふつう・悪い / だるい・興奮・他		機嫌	良い・ふつう・悪い / だるい・興奮・他	
安静度	寝かせていた 起きて遊んでいた		安静度	室内で安静 室内で保育(あそび)	
その他			その他		