

病後児保育

企業主導型保育所 愛の星Familiar

沖縄市安慶田５－２－５

(きらきらくども園 Ageda 隣り)

お子さまが病気の時や、治りかけの時に「あと数日看病してあげたいのに、どうしても仕事を休めない」という経験をした事はありませんか？
愛の星Familiarでは、病氣中または回復期にある子どもを専用スペースで看護師及び保育士が保育する「病後児保育」を始めました。子どもの体調に合わせた適切な保育を行い保護者様が安心して預けることができる場所にしたいと思います。

ご利用希望の方は遠慮なく事務所の方までお声掛け下さい。

【対象児】

社会福祉法人わらべ福祉会が運営する、保育園、認定こども園、企業主導型保育所、学童クラブを利用している０歳～小学生のお子さん

【利用時間】

月～金曜日 午前８：３０～１６：３０

【利用料金】

１日 ２，０００円 別途、食事代３００円（おやつ込み）

※詳細は、各園までお問合せ下さい。

【利用料のお支払方法】

利用日の当日、愛の星Familiarにて現金でお支払い下さい。

【注意事項】

- ①毎月第３木曜日は「お弁当の日」ため、お弁当・おやつ持参をお願いします。
(行事により変更もありますので、園へご確認下さい)
- ②食物アレルギーのある子は、毎回弁当持参をお願いします。
- ③キャンセルや変更の場合は、必ずご連絡下さい。

※１日の利用人数は３名以内と制限がありますので、事前に予約をお願いします。

利用の流れ

STEP 1 お問い合わせ

各保育園の事務所、または愛の星Familiarまでご連絡下さい。

STEP 2 必要書類の準備

- * 医師連絡票
- * 利用登録申込書（※利用日までに記入し、提出をお願いします）
- * 利用申込書
- * 病後児保育についての承諾書
- * お薬依頼表（必要時）

※食物アレルギーがあり、除去食が必要なお子様は、アレルギーに関する診断書の提出をお願いします。

STEP 3 病院受診

医師連絡票に記入してもらって下さい。

STEP 4 登園

STEP 2 で準備頂いた書類の他、下記の「持ち物」をご持参下さい。

【持ち物】

- ・普段保育園に持参している持ち物
- ・水筒（0～1歳児はマグ）
- ・お昼寝に使用するタオルケットやバスタオル等2枚（敷く用・かぶる用）
- ・お薬（必要な場合）
- ・哺乳瓶（必要な場合）

※持ち物には全て名前を記入して下さい。

※登園の際は、履きなれた靴を履かせて下さい。また、帽子も忘れずにお願いします。

《利用できる場合》

医師が病後児を利用可能と認めた場合

《利用できない場合》

- * 感染症の強い疾患：新型コロナウイルス、インフルエンザ、百日咳
麻疹・風疹、流行性耳下腺炎、水痘、結核、咽頭結膜熱（プール熱）
- * 38.5度以上の発熱がある
- * 嘔吐・下痢がひどく、脱水の兆候がある
- * 殆ど食べたり飲んだりできない
- * 咳・ゼエゼエがひどく、呼吸困難がある

病名	利用の目安
手足口病	全身症状が安定していれば可能
溶連菌感染症	抗生剤を飲み始め24～48時間経過し 医師の許可が出た場合
ヘルパンギーナ	全身状態が安定していれば可能
マイコプラズマ肺炎	症状が安定していれば可能
RSウイルス	症状が安定していれば可能
流行性角結膜炎	感染の恐れがないと医師の許可が出た場合
ノロウイルス	嘔吐や下痢が治まり、全身状態が良くなって いれば可能
伝染性紅斑	症状が安定していれば可能
ヒトメタニューモウイルス	症状が安定していれば可能
アデノウイルス	症状が安定していれば可能
喘息・喘息様気管支炎	呼吸が落ち着いていれば可能
中耳炎	高い熱や痛みがなければ可能
インフルエンザ	発症した後5日かつ解熱後3日を経過し、 医師の許可が出た場合
百日咳	特有の咳が消失するまで、または5日間
麻疹（はしか）	解熱した後、3日を経過するまで
風疹（三日はしか）	発疹が消えるまで
急性耳下腺炎	耳の下の腫れが出てから5日を経過し、 全身状態がよくなるまで
水痘	全ての発疹がかさぶたになるまで
結核	医師の診察において感染の恐れがないと 認めるまで
咽頭結膜熱（プール熱）	症状が消えた後、2日を経過するまで

病後児保育についての承諾書

企業主導型保育所
愛の星Familiar 御中

令和 年 月 日

病後児保育事業を利用するにあたり、私共、利用児童_____の保護者は、
病後児保育に関する説明を受け、以下の事を承諾いたします。

記

- ☐ 病後児保育の開始時刻・終了時刻をはじめとする決まり（病後児保育利用のしおりの記載事項）
- ☐ 愛の星Familiarが沖縄市に対し、世帯の状況、利用状況などの個人情報を提供する事。
- ☐ 利用申し込み時に虚偽の報告、申請があった場合、今後の利用が困難となる場合がある事。
- ☐ 利用料は利用当日朝に精算する事。
- ☐ 予約受付後、来室時の病状により保育が出来ないと判断した場合は、お預かり出来ない場合があります。
- ☐ 利用者間の感染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事ではありません。
- ☐ 急変時、お子様の状態により保護者へご連絡をさせていただきます。必ず連絡が取れるようにお願いします。
- ☐ 保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難と判断した場合、お迎え時間前に連絡をさせていただきますので、早めのお迎えをお願いします。
- ☐ 体調の変化によりお迎えが予定より早くなった場合でも、利用時間に関係なく規定料金を支払う事。
- ☐ 緊急時には病院搬送の判断をし、事後連絡となる場合があります。
通院にかかる費用は保護者負担となります。
- ☐ 特別な理由なく1歳以上で水痘ワクチン、MRワクチン（麻疹・風疹）を接種していないお子様は、
他児への感染リスクを考慮し、お預かりする事が出来ません。
- ☐ 緊急時の連絡が取れなかった事により不利益が生じても、当病後児保育室では責任を負いません。
- ☐ 延長保育はありません。必ず16:30までに退室出来るよう、余裕を持ったお迎えをお願いします。
- ☐ 医師連絡票は医師の記入から7日間有効です。
- ☐ 予約のキャンセルは当日8:30～9:00までに必ず連絡をお願いします。
- ☐ 事前の連絡なしに、利用をキャンセルされた場合は、次回からの利用をお断りする事があります。
- ☐ 災害が発生した時は、保護者の緊急連絡先へ連絡をします。必ず連絡が取れるようにお願いします。
- ☐ お気に入りのものを持参する際、携帯ゲームやスマホ等の電子機器はご遠慮頂く事もございます。
なお、破損・汚損については責任を負いかねますのでご了承下さい。
- ☐ 私達は、個人情報保護法に関する法令を遵守し、収集した個人情報を適切に取扱います。
また、下記の同意書に基づいて写真の使用をさせて頂く場合があります。
個人が特定されないよう配慮して撮影致します。

承諾の場合、各項目毎に□に✓(チェック)を入れて下さい。

住所

保護者氏名

(保護者本人自筆)

病後児保育 利用登録申込書

愛の星Familiar

登録番号	
------	--

令和 年 月 日登録

登録児童	ふりがな	性 別	生年月日
	氏名	男・女	平成・令和 年 月 日
	愛称 ()		(歳 ヲ月)
	自宅住所 (〒 -)		
	電話番号 : () 携帯電話 :		
	兄弟姉妹 歳 (男・女) 歳 (男・女) 歳 (男・女)		
	通園施設名 保育園・幼稚園・小学校・その他 ()		
	かかりつけ医 医院・病院		
保護者・緊急連絡先	氏名	続 柄	勤務先
	携帯電話 :		電話
			勤務先から愛の星Familiarまで 分
	氏名	続 柄	勤務先
携帯電話 :	電話		
		勤務先から愛の星Familiarまで 分	

既往歴について (今までにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください。)

1 突発性発疹	8 川崎病 【 心臓合併症は あり・なし 】
2 麻疹 (はしか)	9 熱性けいれん 【 これまで 回 】 【 初回 歳 ヲ月・最後 歳 ヲ月 】 【 坐薬の指示は あり・なし 】
3 水痘 (みずぼうそう)	
4 風疹 (三日ばしか)	
5 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	10 食物アレルギー
6 アトピー性皮膚炎	【 卵 牛乳 そば 小麦 その他 () 】
7 喘息・喘息性気管支炎 【 薬の服用は 毎日・不調時のみ 】	11 その他 (具体的に)
入院の経験 (入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)	
1 ない	
2 ある【 歳 ヲ月・病名 】	
【 歳 ヲ月・病名 】	
常時内服している薬 (常時内服している薬がある場合は、具体的に記入してください)	
1 ない	
2 ある【具体的に :	
】	

(2枚目もご記入ください。)

1日の生活習慣・食事面・乳幼児の様子・発達、発育について

（【 】の中に該当する内容に○をつけてください）

1 尿意 【 知らせる・知らせない・知らせるときもある 】	7 食事方法 【 1人で食べる・食べさせる・1人で食べようとする 】
2 便意 【 知らせる・知らせない・知らせるときもある 】	8 授乳内容 【 母乳・ミルク 】 ミルクの場合1回の哺乳（ ）ml
3 人見知り 【 しない・する・激しくする】	9 現在の離乳食内容 【 初期・中期・後期・完了 】 離乳食開始時期（ ）ヶ月
4 睡眠習慣 【 おしゃぶり・タオル・ぬいぐるみ 】 その他（ ）	10 新生児期：出生時の異常 【 ある・なし 】 ある場合（ ）
5 睡眠時間 時間 午睡 時間	11 発育・発達（歩行や言葉など） 【 ふつう・心配な点がある・わからない 】
6 食事量 【 よく食べる・普通・食が細い 】	12 体温：平熱 °C

予防接種歴

☐ Hib	☐ 日本脳炎
☐ 肺炎球菌	☐ ポリオ
☐ 四種混合	☐ おたふくかぜ
☐ BCG	☐ B型肝炎
☐ MR（麻疹・風疹）	☐ ロタウイルス
☐ 水痘（みずぼうそう）	☐ インフルエンザ

その他（心配なことや配慮してほしいことについて記入してください）

病後児保育 利用申込書

愛の星Familiar

ふりがな						
利用児童氏名		男・女 生年月日 年 月 日生 (満 歳 カ月)				
利用期間		令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間)				
医療機関名		受診日 年 月 日				
診断名						
現在の症状		☐ 発熱 ☐ 発疹 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ 喉の痛み ☐ けいれん ☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 吐き気 ☐ 食欲低下 ☐ 頭痛 ☐ 目やに ☐ その他 ()				
薬の有無		無 ・ 有 ※薬の処方内容が分かる説明書を持参してください。				
お迎え予定者・時間		氏名： 利用児童との関係 ()				
		時間： 時 分頃				
利用の理由		就労・求職・冠婚葬祭・通院・出産・その他 ()				
基礎疾患・既往歴・アレルギー・投薬状況・お子様の様子等	基礎疾患	☐ あり (疾患名：) ☐ なし				
	既往歴	☐ 突発性発疹 ☐ 麻疹 (はしか) ☐ 咽頭結膜熱 ☐ 水痘 (水ぼうそう) ☐ 百日咳 ☐ 風疹 (三日ばしか) ☐ マイコプラズマ肺炎 ☐ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ☐ 手足口病 ☐ 川崎病 ☐ ヘルパンギーナ ☐ とびひ ☐ 伝染性紅斑 (りんご病) ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 結核 ☐ 喘息 ☐ 熱性けいれん (初回目： 年 月 日、最終日： 年 月 日) ☐ 脱臼・肘内障 (右 ・ 左)				
		アレルギー	食品 ☐ あり (食材名：) ☐ なし			
			薬剤 ☐ あり (薬品名：) ☐ なし			
		お子様の様子	熱	昨夜		今朝
				時間 : °C	時間 : °C	
			食欲	有・無 (食べられる物)		有・無 (食べられる物)
			便	普 ・ 固 ・ 軟 ・ 下痢		普 ・ 固 ・ 軟 ・ 下痢
	回数 (回)			回数 (回)		
	嘔吐	無 ・ 有 (回)		無 ・ 有 (回)		
投薬について	薬の飲ませ方					
	解熱剤	投薬の有無	投薬している (日 時頃) ・ 投薬していない			
		種別	飲み薬 ・ 坐薬			

医師の診察を受け、説明を受けた上で病後児保育を申し込みます。なお、予測できない状況が起こる可能性が高いこと、投薬による危険性が高いことを認識・理解した上で利用を申し込みます。

令和 年 月 日 保護者名 (自署)

病後児保育事業 医師連絡票

利用児童名	
年 月 日 生 (歳) 男 ・ 女	
病名及び症状	
年 月 日 診察の結果、上記児童は病後児保育実施施設において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられますので、下記の通り連絡いたします。	
(医療機関)	
所在地	
名称	電話番号
	診断医氏名 ㊞
保育上注意する事項	
安静度	・普通に遊んでも可 ・主にベッド上で安静とするが静かな遊びは可 ・その他 ()
食事の指示	・特に制限なし ・制限あり ()
薬	・なし ・あり 食前 ・ 食後 ・ その他 ()
アレルギー	・なし ・あり ()
その他留意事項	