

病児・病後児保育室



病児・病後児保育室「あずき」利用のしおり

目次

1. 対象児童
2. 病児・病後児保育室 重要事項の説明
病児・病後児保育室の概要
職員体制
3. 病児・病後児保育室 利用方法
保育室利用方法
給食・おやつ
病院受診から病児保育室 登園までの流れ
4. 準備する物
5. 予約・変更及びキャンセルについて
6. 賠償責任保険の加入状況
7. その他
8. 一日の過ごし方



1. 対象児童

利用対象年齢は 6 ヶ月～小学校 6 年生までの児童

- 症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていない為、集団保育が困難であり、かつ、保護者の勤務等の都合により家庭で保育を行う事が困難な児童(以下「病児」という。)
- 病気の回復期にあるが、集団保育が困難であり、かつ、保護者の勤務等の都合により家庭で保育を行う事が困難な児童(以下「病後児」という。)

2. 病児・病後児保育室 重要事項の説明

▼病児・病後児保育室の概要

| | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称 | 慶愛こどもの城保育園 病児・病後児保育室「あずき」 |
| 所在地 | 〒080-0803 帯広市東 3 条南 9 丁目 2 番地 |
| 開園年月日 | 2021 年 12 月 1 日 |
| 設置者・代表名 | 医療法人社団慶愛 理事長 丸山 剛史 |
| 施設責任者 | 林 さつき(保育士) |
| 対応日 | 月曜日～金曜日 |
| 休園日 | 土日祝日・お盆・年末年始 |
| 対応時間 | 8:30～17:30 ・ 延長は行っておりませんので 17:30 までに迎えに来てください ・ お仕事等、緊急で延長された場合には別途料金が発生しますのでご了承ください |
| 予約時間 | 前日 10:00～当日 10:00 まで(キャンセルも同様) |
| 定員 | 計 5 名(病児保育室 2 名、病後児保育室 3 名) |
| 施設の内容 | 病児保育室 定員 2 名(保育室 9.10 m ² 安静室 8.28 m ²) 病後児保育室 定員 3 名 (保育室 15.05 m ² 安静室 12.56 m ²) 医務室・トイレ・シャワー室 |
| 設置法人連絡先 | 医療法人社団慶愛 帯広市東 3 条南 9 丁目 2 電話番号:0155-22-4188 |
| 運営会社 | 株式会社ふれ愛チャイルド 札幌市東区東苗穂 3 条 3 丁目 1-31(本社) 電話番号:011-789-7273 |

▼職員体制

看護師 2 名、保育士 2 名

3. 病児・病後児保育室 利用方法

▼保育室利用方法

◇事前登録「病児保育室利用登録書」が必要になります。

※小児科外来及びかぜ外来にご登録用紙がございます。必要事項記入のうえご登録ください。

◇お預かりの前には必ず当院かぜ外来の受診と「医師連絡票」が必要になります。

他院の「医師連絡票」では受付できませんのでご了承ください。また、病児保育室を連日使用する場合でも診察が必要となります。

※連続した病児保育室のご利用は、6日以内でお願いいたします。

◇病児保育室及び病後児保育室の利用料は給食とおやつの有無にかかわらず一律1日のご利用につき330円(税込)となります。

▼給食・おやつ

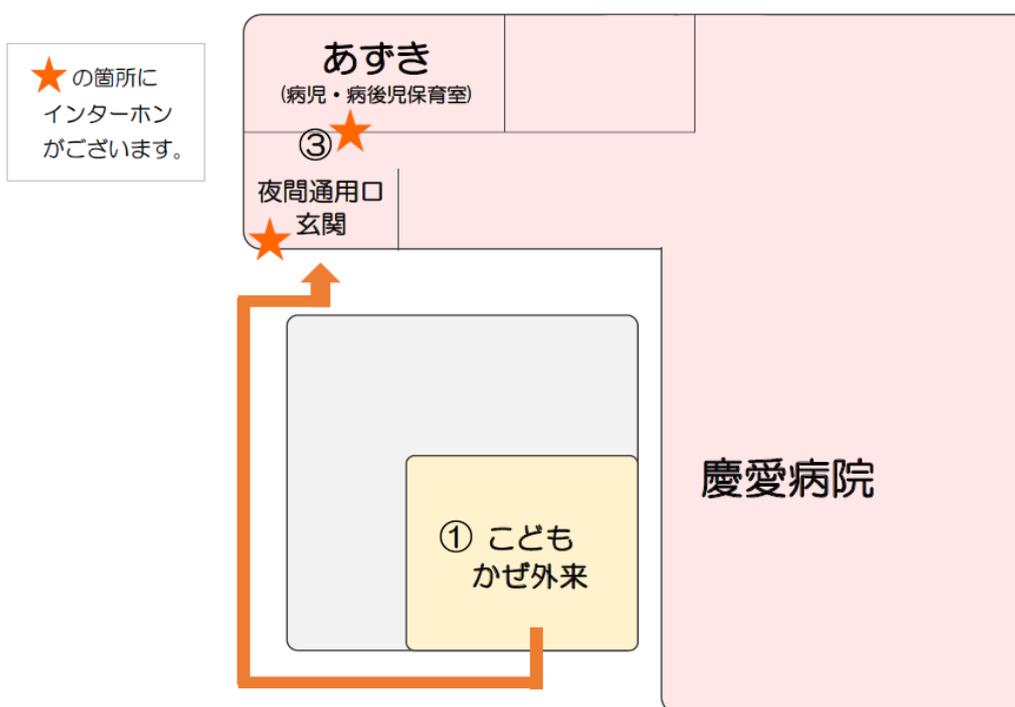
◇給食・おやつは園で用意いたします。(持込不可)

●アレルギーの内容によっては対応できない場合もありますのであらかじめご了承ください。

- 原則、お昼にお薬を飲ませることは行っておりませんのでご了承ください。

▼病院受診から病児保育室 登園までの流れ

- ① かぜ外来を受診し、お会計を済ませて医師連絡票を受け取ってください
- ② 夜間通用口インターフォンにて病児・病後児保育室利用とお伝えください
- ③ 建物内に入り病児保育室インターフォンにてお名前をお伝えください
保育士が対応いたします。お待ちください



連絡先 慶愛病院 ☎0155-22-4188

4. 準備する物

- 利用時の持ち物
着替え…着替えの服上下 2 組、肌着 3 枚
哺乳瓶…必要本数(該当者のみ)ミルクは園で用意した
ものになります。
- おむつ・おしりふきは園で準備いたします。
- 吸入・薬・座薬など症状が出た時に必要なお薬は、持参
してください。
- 本や宿題等をお持ちいただいても構いません。
- ゲーム機等の持ち込みは許可しておりますが破損等の
責任は一切負えませんのでご了承ください。

5. 予約・変更及びキャンセルについて

- ご利用予約、変更及びキャンセルは、全て「アットリンク予約システム」より行ってください。

<アットリンクアプリはこちら>

お使いのスマートフォンで QR コードをタップ
または、読み取ってください

Android をお使いのかた



iphone をお使いの方



6. 賠償責任保険の加入状況

本園では以下の保険に加入しています。

- 賠償責任保険 損害保険ジャパン
身体 10,000 万円 財物 1,000 万円
- 傷害保険 損害保険ジャパン
入院日額 3,000 円 通院日額 1,500 円

7. その他

- ◇ お子様の急な容態の変化があった場合は保護者様へご連絡します。場合によっては、医療的措置を取ることもあります。
- ◇ 新型コロナウイルスの流行や感染拡大の状況によっては、お受けできない場合もあります。
- ◇ 感染対策には、十分配慮しておりますが、お子様同士の感染を完全に予防できるわけではありません。お預かりしましたお子様が違う感染症にかかる可能性があることをご了承ください。
- ◇ 感染症の予防や重症化を防ぐ観点から、ワクチン接種のご協力をお願いいたします。
年齢に応じた定期接種やおたふく等の任意接種を受けてない方は、ご利用をお断りさせていただくことがあります。

8. 一日の過ごし方

8:30頃

来室、検温、排泄・手洗い、遊び

10:30頃

検温、遊び

11:30頃

小児科医師の診察、手洗い、給食、排泄、午睡

15:00頃

尿・便の状態(色・量)、吐物等の観察をします。

17:30

お迎え

スタッフの活動

- 必要時には、看護師・医師へ報告します。
- 保護者様へ一日の様子の説明と報告をします。

年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書

年 月 日 記入

* 太枠内 全てご記入ください

申請者名

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------------|--|
| 登録 児童 | カルテ番号 | フリガナ 児童氏名 | 愛称 | 性別 | 生年月日 | |
| | | | | 男 女 | 年 月 日 (歳 ヶ月) | |
| | 自宅住所(〒 -) | | | | | |
| | 自宅電話番号: () | | | | | |
| | 通園施設名 | | (市町村:) | | | |
| かかりつけ医 | | 無・有()・慶愛病院 | | | | |
| 家族 構成 (同居) | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 保護者連絡先 | | |
| | | | 歳 | 保護者続柄 () | 勤務先名 | |
| | | | 歳 | | 職種 | |
| | | | 歳 | 保護者続柄 () | 携帯電話 | |
| | | | 歳 | | 勤務先名 | |
| | | | 歳 | | 職種 | |
| | | 歳 | | 携帯電話 | | |
| | | 歳 | メールアドレス (携帯) | 無・有 | | |
| 既往歴 | | なし・あり | 下記に記載してください。 | | | |
| 1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.食物アレルギー 7.熱性けいれん(何回 回)(最後はいつ 年 月 日)(坐薬の指示有 °C以上・無) 8.アトピー性皮膚炎 9.喘息および喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) (吸入したこと 有・無) 10.その他 () | | | | | | |
| 通院中の病気 | なし・あり | 病名: | | | | |
| 入院したこと | なし・あり | (病名: 歳 ヶ月) | (病名: 歳 ヶ月) | | | |
| アレルギー | なし・あり | 具体的に記入: | | | | |
| 除去食 | なし・あり | 具体的に記入: | | | | |
| 常時内服・ 使用中の薬 | なし・あり (来院時お薬手帳を提出して下さい) | | | | | |
| 予防接種 | | | | | | |
| ヒブ(1回目・2回目・3回目・4回目) | | 肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・4回目) | | | | |
| B型肝炎(1回目・2回目・3回目) | | 四種混合(1回目・2回目・3回目・4回目) | | | | |
| ロタリックス(1回目・2回目) | | 麻疹・風疹(第1期・第2期) | | 水痘(1回目・2回目) | | |
| おたふく(1回目・2回目) | | 日本脳炎(1回目・2回目・3回目・4回目) | | | | |
| その他ワクチン() | | | | | | |
| ※年相応の予防接種を実施していない場合、お預かりできない場合があります | | | | | | |
| その他 | 体質(薬物アレルギー等)や癖、心配な事、配慮してほしいこと等なんでもお書きください | | | | | |

受付日 年 月 日 処理

母子手帳確認サイン

| |
|--|
| |
|--|