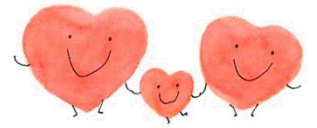


うみのぼかぼか保育園 病児保育利用に関するご案内

うみのぼかぼか保育園では、入院の必要がなく体調の急変が認められない病気のお子さまを、保護者の仕事・疾病・出産等により家庭での保育が困難な場合に、お預かりいたします。



■病児保育について■

開園時間 午前8時30分～午後5時30分

開園日 月曜日～金曜日(土・日・祝日、年末年始を除く)

対象 満1歳(1歳の誕生日を迎えて)～小学校3年生迄

定員 2名(日時・年齢によっては定員に満たないときもお断りさせていただく場合もあります)

利用料金

対象児	4時間まで	4時間以上
うみぼか保育園在園児	1,000円	2,000円/日
うみぼか兄弟姉妹	1,500円	3,000円/日
一般利用児	2,000円	4,000円/日

■注意事項■

- ・事前に**医師の診察が必要**です。
- ・38.8℃以上の発熱や重症、特別な配慮や手当が必要な場合は、お預かりできません。
- ・病気の種類、症状によってはお預かりできません。
※預かれる症状等に関しては、一度お電話にてご確認ください。
- ・予約後のキャンセルや時間変更の際は、必ず早めにご連絡いただきますようお願いいたします。
- ・登録はその年度内有効となりますので、新年度となりましたら、再度登録申請を行ってください。



■利用方法■

事前登録をします

①『病児保育登録票』にご記入の上、ご提出ください。

②必要書類をコピーの上、ご提出ください。

1.保護者様の運転免許証もしくは健康保険証のコピー (登録するお子様の)	2.健康保険証のコピー
	3.乳幼児医療証のコピー
4.母子健康手帳の「予防接種の記録」ページを全てコピー	

お電話にて予約をします (TEL:0940-62-6067)

- ・前日予約は15時～17時、当日予約は8:30～9:30の時間で電話での予約を受け付けます。
※キャンセルは当日9:00までにご連絡くださいますようお願いいたします。
- ・事前に受診が必須です。ご注意ください。

ご来園いただきます

- ①持参品が必要になりますので、忘れずにお持ちください。※裏面参照
- ②利用当日に『病児保育利用申込書』(保護者記入)と『病児保育利用連絡票』(医師記入)をご提出ください。
また、看護師がお子様の健康状態を質問させていただきます。
- ③お薬を持参される場合は、医師が記入する『病児保育利用連絡票』に処方内容の記載等が必要になります。

ご利用にあたっての持参品

持ち物全てに記名をお願いいたします

■必ず必要なもの

- 『病児保育利用申込書』(保護者記入)
- 『病児保育利用連絡票』(医師記入)
- 着替え 3 枚ずつ
(シャツ、ズボン、肌着、下着等)
- 昼食
(手作りのお弁当・レトルト食品可)
- おやつ
(プリン、ゼリー等お子様の症状に合わせて食べやすいもの)
- 水筒
(1 日分の麦茶等)
- フェイスタオル 2 枚
- バスタオル 2 枚(午睡用)
- 利用料金 ※お釣りのないようご準備ください
(迎え時に利用時間に応じて、現金でお支払いいただきます)

■必要な方のみ

- 処方薬 ※医師の記入した①『与薬情報書』②『薬剤情報提供書』保護者記入の③『連絡票』が必要です
(量を測って与薬するお薬は、1 回分ずつ容器に分けて持参ください。市販薬は受付不可)
- おむつ 10 枚
- 粉ミルク・哺乳瓶
- アクアライト、OS-1 等の経口補水液(未開封のペットボトル)
- 補食
- カーディガン等の羽織られる洋服
- お気に入りの玩具・絵本



うみのぼかばか保育園 病児保育事前登録票

登録番号	2 2 -
------	-------

※登録番号は保育者が記入します。

記入日	年 月 日	利用児の在籍	うみぼか・兄弟児・一般・その他()
フリガナ		性別	生年月日
利用児名		男・女	西暦 年 月 日 (歳 カ月) [現在]
住所・電話	(〒 -)	電話(- -)	
健康保険証 (左詰めで記入)	保険種類	社保・国保・その他()	
	保険者番号		
	記号		
	番号		
		医療証 (左詰めで記入)	負担者番号
			受給者番号

		氏名	続柄	携帯電話番号	勤務先名	勤務先連絡電話番号	
家族について	保護者	(生年月日/ 年 月 日)		- -		- -	
	保護者	(生年月日/ 年 月 日)		- -		- -	
	兄弟姉妹			性別	男・女	年齢	歳
				性別	男・女	年齢	歳
			性別	男・女	年齢	歳	
		氏名	続柄	携帯電話番号	勤務先名	勤務先連絡電話番号	
緊急連絡先	優先①			- -		- -	
	優先②			- -		- -	
	優先③			- -		- -	
	優先④			- -		- -	

ホーム	①	電話(- -)
ドクター	②	電話(- -)

予防接種	Hib	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	MR	受けた↓ 受けてない (1回 2回)	BCG	受けた 受けてない
	小児肺炎球菌	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	水痘	受けた↓ 受けてない (1回 2回)		
	4種混合	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	B型肝炎	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回)		

これまでの既往歴等	これまでにかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○印をつけてください)					
	①突発性発疹 ②はしか ③風疹 ④おたふくかぜ ⑤水疱瘡 ⑥手足口病 ⑦りんご病 ⑧百日咳 ⑨じんましん ⑩とびひ ⑪結核 ⑫ヘルパンギーナ ⑬プール熱 ⑭その他()					
	⑮喘息 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない			⑰アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		
	薬		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> なし		治療	
	吸入		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> なし		内服薬・外用薬・食事療法	
	⑯熱性けいれん <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない			⑱アレルギー体質 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		
	初回		歳 カ月		※食物アレルギー含む、具体的な内容を記入	
	最後の		歳 カ月			
これまでの回数		回				
これまでに入院歴・通院歴(風邪など軽いものは除く)のある方はご記入ください。						
病名等・内容		(歳 カ月)				
病名等・内容		(歳 カ月)				
■出生時体重		g		■出生時異常 なし・あり→()		
				(平熱) 度 分		

上記内容に相違なく、うみのぼかばか保育園の利用を申し込みます。

R 年 月 日

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

保護者

印