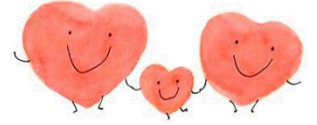


うみのぼかぼか保育園 病児保育利用に関するご案内

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	料金
うみぼか在園児	¥2,000
うみぼか兄弟姉妹	
一般利用児	

※本来利用料金は上記の通り。福岡県在住の方は、福岡県病児保育利用料無償化事業費補助金対象のため
保護者負担額¥0

■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。
- ・**病児利用中、利用後に症状や状態が変わった(回復期の状態で再度発熱したり、咳込みが激しくなった)際は、再度病院を受診し、医師の診察・様式③の記入をしてもらい持参してください。**
- ・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。
- ・**病児保育利用する際は、必ず事前に空き状況を確認しご予約ください。**



■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のでご注意ください。

ご来園いただきます

①持参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

- 様式②『病児保育利用申込書』(保護者記入)
- 様式③『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



うみのぼかぼか保育園 病児保育事前登録票

登録番号 2 4 -

※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 か月) [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 ()		医療証 (左詰めで記入)	負担者 番号	
	保険者番号				受給者 番号	
	記号					
	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	学 園 名 校 名
			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			- -		- -

ホーム	①	電話 (- -)
ドクター	②	電話 (- -)

予 防 接 種	H i b	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	新型コロナ	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	B C G	受けた 受けてない
	肺炎球菌	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	日本脳炎	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	M R	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 追加)	水痘	受けた↓ 受けてない (1回 2回)

こ れ ま だ の 既 往 歴 等	(かかった病気に○印をつけてください)						
	①突発性発疹	②麻疹	③風疹	④水痘	⑤中耳炎	⑥百日咳	⑦肺炎
	⑧脱臼	⑨流行性耳下腺炎					
	⑩喘息	□ ある ↓ □ ない		⑪アトピー性皮膚炎 □ ある ↓ □ ない			
	薬	□毎日 □発作時 □なし		治療			
	吸入	□毎日 □発作時 □なし		内服薬・外用薬・食事療法			
	⑫熱性けいれん	□ ある ↓ □ ない		⑬アレルギー体質 □ ある ↓ □ ない			
	初回	歳 か月		※食物アレルギー含む、具体的な内容を記入			
	最後	歳 か月					
	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 か月)					
病名等・内容		(歳 か月)					
■ 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、うみのぼかぼ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