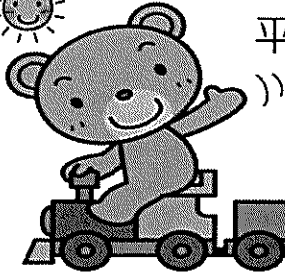





平成 24 年度

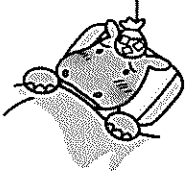



中海岸保育園 病後児保育室 ご案内


病気の回復期であり、かつ、集団保育が困難で、かつ、保護者の勤務等の都合により家庭で保育を行うことが困難である場合に利用が出来ます。ただし、定員に達していたり症状によってはお預かりできない場合があります。


- 想定疾患 上気道炎・喘息性気管支炎・気管支炎
中耳炎・急性胃腸炎 など

 - 利用不可疾患 ・麻疹・流行性角結膜炎
・朝から38.5℃を超える高熱
・嘔吐が続いて食事が採れない
・朝食に液体のものしか摂取できない
・喘鳴が強く呼吸困難な症状が見られる
・顔色が悪くぐったりしていて反応が鈍い など
- 


- 対象児童 市内在住又は市内認可保育園に在園する
満6ヶ月～小学校3年生
 - 利用時間 月曜日～金曜日（土・日・祝日及び年末年始を除く）
8：00～18：00
 - 利用料金 1日 2,000円（生活保護世帯及び市民税非課税世帯は免除になります。）
- 

※ 給食（11時）とおやつ（9時30分・15時）の時間を利用される場合には実費（給食：乳児300円・幼児350円）（おやつ：乳児午前50円・乳児午後100円・幼児午後100円）が別途必要となります。

※ 料金は前払い制です。おつりの無いようにお願いします。
- 登録 ・事前または当日に登録をして頂きます。当日登録の方は、母子手帳を忘れずにご持参下さい。（食物アレルギーをお持ちの方は、事前の登録が必要です。）
 - 予約 ・ご利用希望日の2日前から予約可能です。電話で予約をしてください。当日の予約は、午前7：30より受付いたします。
 - 受診 ・事前にお子様と一緒にかかりつけ医に受診していただき「医師連絡票」を買ってください。受診及び連絡票の発行には保険診療の自己負担があります。が、小児医療証等がある場合は無料となります。
- 

・「医師連絡票」「登録届」「利用申込書」は、病後児保育室、市保育課、市ホームページにあります。
- キャンセル ・ご利用当日に症状が悪化・回復、ご家族のご都合などにより利用されないことになりましたら、なるべく早めにご連絡をお願い致します。（キャンセル待ちの方が利用出来ます。）
- 

（裏面もご覧下さい。）

連絡先 茅ヶ崎市立 中海岸保育園 茅ヶ崎市中海岸 1-2-42
（指定管理者：社会福祉法人 西久保福祉会）

 でんわ・FAX 0467 - 55 - 9526 （病後児保育専用ダイヤル）

E-mail byougo-nakakaigan@nishikubo-fukushikai.com

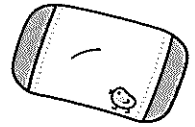
※ FAX・メールでの予約は、2回目以降にご利用頂けます。

1日の流れ

・開室時間は、午前8:00から午後18:00までです。
この時間内で必要な時間をご利用下さい。

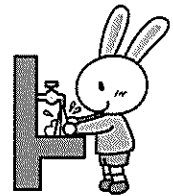


- 8:00 開室（遊びなど）
登録票や問診票の記入
- 9:30 おやつ
- 11:00 昼食（体調に合わせた食事を提供します。）
与薬・午睡・遊びなど
- 15:00 おやつ
遊び・保護者への報告
- 18:00 閉室（18時までご利用の方は、一日の状態をお伝えしますので
17時45分までにお迎えをお願いします。）



持ち物

- ☆ 医師連絡票
- ☆ 薬：当日の分を服用毎に小分けしてください。
- ☆ 利用料金
- ☆ 着替え
パジャマ、又はリラックスできるような着替え3組程度。
スカート・タイツ・靴下などはご遠慮下さい。
嘔吐・下痢など、ご心配の時は多めにご準備下さい。
パンツ2~3枚、又は紙おむつ6~7枚程度。（足りない場合は、こちら
のものを使用して頂けますが、別途30円かかります。）
- ☆ スーパーのレジ袋 3枚
洗濯物とおむつを入れます。持ってきた着替えが入る大きさのもの。
- ☆ バスタオル 2枚
お布団のシーツの上に敷き、タオルケット代わりにします。
- ☆ フェイスタオル 3枚
- ☆ 口拭きタオル 2枚
食事の際に口を拭くもの1枚、ループ付の手ふきタオル1枚。
- ☆ お尻拭き（おむつ使用中の方）
- ☆ ミルクを飲む方：ミルクと使い慣れた哺乳瓶。（ミルクを飲む回数分）
- ☆ 母子手帳（当日登録の場合）



○ その他

- ・送迎時のみに利用できる駐輪場と駐車場があります。
- ・ご利用の際は、保育園入口とは別にある専用玄関からお入り下さい。

○ 嘱託医

堀越医院 朝比奈 美子 先生



住所：茅ヶ崎市共恵 2-5-52
でんわ：0467-82-4641



連絡先 茅ヶ崎市立 中海岸保育園 茅ヶ崎市 中海岸 1-2-42
(指定管理者：社会福祉法人 西久保福祉会)



でんわ・FAX 0467 - 55 - 9526

(病後児保育専用ダイヤル)

E-mail byougo-nakakaigan@nishikubo-fukushikai.com/

※ FAX・メールでの予約は、2回目以降にご利用頂けます。

平成 年 月 日

茅ヶ崎市病後児保育事業 医師連絡票（医療機関記入）

茅ヶ崎市長 殿

医療機関 住所
名称
医師名
電話番号

印

茅ヶ崎市病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	年	月	日
傷病名	※該当する傷病名及び症状の番号に○印をお願いします。				主な症状
	01 感冒・感冒様症候群	10 自家中毒症	19 火傷		01 発熱
	02 咽頭炎	11 中耳炎	20 その他		02 下痢
	03 扁桃腺炎	12 外耳炎	}		03 嘔吐
	04 気管支炎	13 結膜炎			04 咳
	05 喘息	14 膿痂疹(とびひ)	}		05 喘鳴
	06 喘息性気管支炎	15 突発性発疹症			06 発疹
	07 感冒性嘔吐症	16 手足口病	}		07 その他
	08 感染性胃腸炎	17 伝染性紅斑			
	09 消化不良	18 骨折	21 病名不明		
病状 経過 治療 状況 既往歴等					
安静度	※該当するものに○印をお願いします。				
	01 ベッド上安静 02 病後児保育室内で安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可） 03 病後児保育室内で保育（他児と室内で普通に遊んでよい）				
食事に関する 指示 (昼食)	※該当する項目にチェック及びご記入をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容：) 留意点： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
処方内容	薬剤名	用量	用法		
利用見込期間(回復期間)	本日より	日間程度	※原則として7日間を限度とします。		
その他 注意事項					

※この様式を書きいただく料金は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。
 ※病後児保育が利用できるのは、病気の回復期以後の場合です。
 急性期の場合は利用できませんのでご注意ください。

茅ヶ崎市病後児保育事業登録届

平成 年 月 日

社会福祉法人西久保福祉会あて

記入者 住所
(保護者) 氏名 (続柄)
電話番号

茅ヶ崎市病後児保育事業の利用登録について次のとおり届出ます。なお、茅ヶ崎市で保有する住民基本台帳情報、市民税情報、生活保護情報等を茅ヶ崎市病後児保育事業に必要な範囲において、社会福祉法人西久保福祉会が利用することに同意します。

ふりがな 児童名 愛称 () 生年月日 平成 年 月 日		通所先 電話番号		かかりつけ病院名 電話番号	
住所 〒		電話番号		緊急連絡先 ① ② ③	
続柄	氏名	生年月日	勤務先名	勤務時間	
父親			TEL		
母親			TEL		
その他			TEL		
その他			TEL		
その他			TEL		
妊娠中及び出産時に何か異常はありましたか				あり なし	
在胎期間 週 日				食物アレルギー あり なし	
出生時体重 (g) 身長 (cm)				診断された日 H 年 月	
現在の体重 (Kg) 身長 (cm)				除去食品	
子どもの平熱 (°C)				解除された日 H 年 月	
体質その他気になること					
予防接種歴					
BCG	H	年	月	日本脳炎 1回目	H 年 月
三種混合 (DPT) 1回目	H	年	月	2回目	H 年 月
	H	年	月	追加	H 年 月
	H	年	月	おたふくかぜ	H 年 月
ポリオ	H	年	月	水ぼうそう	H 年 月
	H	年	月	インフルエンザ (接種年齢に丸つけ)	
				0歳 1歳 2歳 3歳 4歳	
				5歳 6歳 7歳 8歳	
				その他	
麻疹・風疹 (MR)	H	年	月		
	H	年	月		
既往歴 (今までにかかった病気) に丸をつけ、該当欄に記入してください					
突発性発疹	麻疹 (はしか)	風疹	水痘 (水ぼうそう)	百日咳	
咽頭性結膜炎 (プール熱)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		RSウイルス	溶連菌感染症	
喘息	(毎日薬を飲んでいる)	(いない)	(発作時だけ)		
	(毎日吸入している)	(いない)	(発作時だけ)		
アトピー性皮膚炎	(治療は)	薬を飲んでいる	(薬を塗っている)		
熱性けいれん	(初回 歳)	か月	(最近 歳)	か月	(過去 回)
その他、配慮する点などありましたら、ご記入ください					

