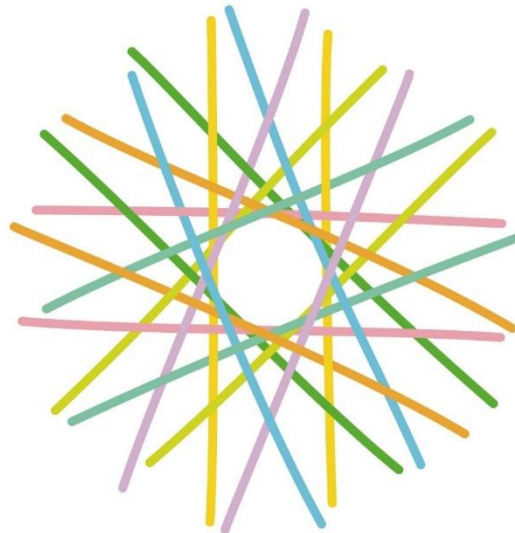


病後児保育のしおり



りありのきっず
KOBE MOTOYAMA

こども家庭庁所管 企業主導型保育事業保育園

「りありのきっず神戸本山」

〒658-0015

神戸市東灘区本山南町 8 丁目 6-26

東神戸センタービル ウェスト 1F

TEL : 078-436-1516 / FAX : 078-436-1517

保育園等にお子さんを預けて働いている保護者の方にとって、お子さんが病気にかかった時は、お子さんの病気のこと、仕事のこと、両方に心を痛める時ではないでしょうか。私たちの「病後児保育室」では、保護者の方が、安心してお仕事につけるよう、回復期に入ったお子さんをお預かりし、お子さんの生活リズムや体調に合わせゆったりと過ごすことで、無理なく体力が回復するよう、お子さんの立場に立った保育を行います。

●病後児保育とは

“病気の回復期”にあり、通常の集団保育を受けることが難しい子どもを預かる保育サービスのことで、保護者が仕事などの都合で家庭保育ができない時に、病後児保育室にて一時的にお預かりします。

●“病気の回復期”とは

- ◎医療機関での治療の必要はなく、安静にしていれば回復に向かうと医師が判断した場合をいいます。
- ◎風邪・感染症・骨折・やけどなどの疾患にかかっているが状態が安定しており、かかりつけ医が感染の心配はないと判断した場合をいいます。
- ◎保育中の治療が必要な場合は利用できません。また、病後児において、受入れが困難と判断した時は、利用をお断りする場合があります。

●利用できる年齢・人数

- ◎生後6か月～就学前まで
- ◎定員：1日1名

●利用できる日・時間及び利用制限

- ◎月曜日から金曜日 8時30分から17時30分まで
- ◎土曜日・日曜日・祝日はお休みです。
- ◎1回につき連続して7日間を限度とします。
※7日間を過ぎる場合は再度“家庭医連絡票”の提出が必要です。

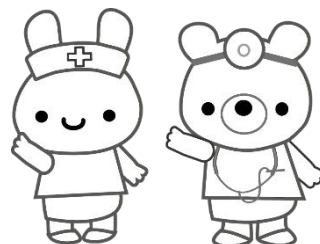
●利用料金

- ◎3,000円/日 ※利用時間に関わらず一律の金額です。

●利用のしかた

1. 利用をお考えの方は、事前に登録が必要です。

- ◎当園にお電話していただき、予約をした上でご来園ください。
- ◎母子手帳・印鑑をお持ちいただければ当日に登録ができます。
(書類を持ち帰り、後日提出でも可能です)
- ◎「病後児事業利用登録書」「重要事項確認書・同意書」の2点を記入していただきます。



2. 実際に利用される時は

- ①お電話にて病後児保育室の空き状況の確認をし、仮予約をしてください。
(受付：8時30分～17時30分 ただし、土曜日・日曜日・祝日を除く)
- ②かかりつけの医師の診察を受けて、「家庭医連絡票」を記入してもらいます。
(当園以外の家庭医連絡票は原則利用できません) ※文書料金がかかる場合があります
- ③もう一度、病後児保育室に電話で本予約をしてください。
- ④当日は医師からの「家庭医連絡票」、「病後児保育利用申込書」「与薬依頼票」に必要事項をご記入の上、お持ち下さい。
※事前登録時から変更がある場合は、母子手帳を再度お持ちください
- ⑤ご利用初日は聞き取り等に10分程度お時間をいただきます。時間の余裕をもってご来園ください。
- ⑥キャンセルは前日までか、当日の8時～8時30分までの間に必ずご連絡ください。
8時30分までにキャンセルのご連絡がない場合、キャンセル料(3000円)がかかります。
- ⑦登園・お迎えの時間は必ず守ってください。やむを得ない場合はご連絡下さい。

※「家庭医連絡票」があっても、その後病状が悪化した場合はお預かりできないことがあります

●利用できるお子さん

◎医療機関による入院加療の必要はなく“病気の回復期”にあるお子さん

◎以下の第一条件を満たし、感染症の場合は第二条件の受け入れ基準を経過しているお子さん

※あくまで医師が病後児の利用が可能と判断した「家庭医連絡票」をご提出いただくことが必須です

【第一条件】

体温	38℃以上の発熱がみられない（入室時検温）
食欲	水分補給が可能であり、普段通りの食事がほぼ摂れる状態にある
消化器症状	腹痛がなく嘔吐もほぼ消失し、下痢があっても軽度である

【第二条件】

疾患	病後児受入基準
風邪	第一条件を満たしている
インフルエンザ	発症後 4 日目から（第一条件を満たしている）
麻疹	解熱してから 3 日を経過している
風疹	発疹が消失している
水痘	すべての発疹が痂皮化している
おたふく風邪 （流行性耳下腺炎）	発症後 4 日目から（第一条件を満たしている）
手足口病	発症後 1 日目から（第一条件を満たしている）
プール熱 （咽頭結膜炎）	発症後 4 日目から（第一条件を満たしている）
ヘルパンギーナ	解熱し、症状の回復傾向がみられたら
溶連菌感染症	抗菌薬を飲み始めて 24 時間以上経過してから
細菌性胃腸炎 （サルモネラ等）	嘔吐・下痢の症状が落ち着いている （目安として 24 時間以内に嘔吐・下痢していない）
ウイルス性胃腸炎 （ノロ・ロタ）	嘔吐・下痢の症状が落ち着いている （目安として 24 時間以内に嘔吐・下痢していない）
マイコプラズマ肺炎	咳の強い時期を経過していて回復期にある
RSウイルス感染症	重篤な呼吸器症状が消失している
ケガ（骨折等）	ケガの状態が安定している
その他の病気	医師が病気の回復期にあると判断している場合

●お迎えをお願いする状態

◎状態が悪化した場合（必要があれば、かかりつけ医に状態を相談しアドバイスを受けます）

◎嘔吐や下痢がある場合

◎38.5℃以上の発熱がある場合（38℃以上で一度連絡させていただきます）

●投薬について

◎病院での処方薬や医師の指示に基づいた薬で、今までに投与したことがあり、異常がなかった薬のみ
お預かりします。（市販薬や初めてのものはお預かりできません）

※頓服薬は基本的にお預かりできません。緊急用のお薬がある場合は医師の指示書をご提出ください。

◎「与薬依頼票」と「薬の説明書」がない場合は投与できません。

◎経口薬は1回分ずつに分けてお持ち下さい。軟膏・目薬等の分けられない物は量を指示して下さい。

◎薬には必ず名前を書いてください。

◎各種吸入、貼付薬等のお預かりも上記ルールを満たしていれば可能です。

●1日の流れ

時間	1日の流れ	あそびの内容
8:30	登園（入室） 検温	・室内で、静かに遊びます。
9:00	朝のおやつ あそび	・子どもが飽きることのないよう遊びを工夫します。 ・体調が完全でないことからの不安や甘えを受け止め、 ゆったりと過ごします。
11:00	給食	・ままごと・絵本・パズル・粘土・お絵描き・ブロック 折り紙など、年齢に合わせて色々なあそびを楽しみます。
12:00	検温・お昼寝	
15:00	目覚め・午後のおやつ あそび	
17:30	降園（退室）	

●食事について

◎給食の依頼は、仮予約の時点でお伝え下さい。（場合によっては、ご準備できない場合があります）

◎アレルギーがあるお子さまは、お弁当かコンビニ等の購入品をご持参ください。

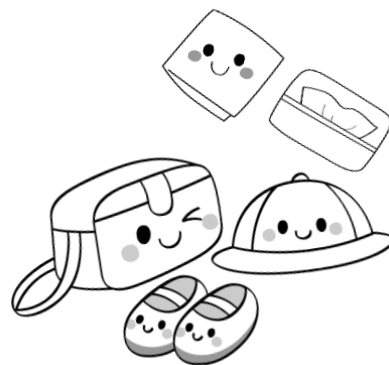
◎粉ミルクの場合は、必要な授乳回数分の哺乳瓶に粉ミルクをそれぞれ必要量いれてご持参ください

（例：160mlを2回の場合、哺乳瓶2本にそれぞれ必要量の粉ミルクをいれて持参）

●持ち物・チェックリスト

◎必ず必要なもの

- ☐ 「病後児保育利用申込書」
- ☐ 「家庭医連絡票」※お忘れになりますとご利用できませんのでお気を付けください
- ☐ くち拭きタオル3枚（ハンカチ程度の大きさ）
- ☐ おしりタオル2枚（フェイスタオル程度の大きさ）
- ☐ ビニール袋複数枚
- ☐ 着替え3セット
- ☐ 下着（肌着、パンツ）3セット
- ☐ タオルケット1枚（掛け布団用）
- ☐ 敷きパッド1枚（又はバスタオルでも可）



◎年齢に応じて

- ☐ よだれかけ2～3枚
- ☐ 給食エプロン3枚
- ☐ 哺乳瓶（哺乳瓶・乳首をセットにして）使う回数分
- ☐ おむつ5枚以上（月極の方は不要）
- ☐ おしり拭き1つ（月極の方は不要）

◎必要に応じて

- ☐ お弁当・おやつ（回数分）
- ☐ お薬・与薬依頼票・薬の説明書（あればお薬を飲むグッズ。スポイトやカップなど）
- ☐ お気に入りの玩具※哺乳瓶などは保育園では洗わずに、そのままお持ち帰りとなります。



登録番号

病後児事業利用登録書

年 月 日

施設長宛

申請者 住所

氏名 印

病後児保育事業利用登録について、次のとおり申込みします。

登録期間	年 月 日 から 年 月 日	
児 童 に 関 す る こ と	(ふりがな)	性 男 生年月日
	氏名	別 女 年 月 日生(歳 ヲ月)
	住所 (〒 -)	電話番号 ()
	通園・通学先等	電話番号 ()
	出生時の異常(無・有)	
	発育・発達の状況【気になることが ない・ある()】	
保 護 者	かかりつけの病院等	
	名称	主治医名
	住所	電話番号 ()
予 防 接 種	氏名	続柄()
	氏名	続柄()
	勤務先	名称
	住所	住所
既 往 歴	電話	電話
	済みは○をつけ回数入力ください ・BCG ・三種混合()回 ・四種混合()回 ・Hib(ヒブ)()回 ・肺炎球菌()回 ・B型肝炎()回 ・MR()回 ・ロタ()回 ・水痘()回 ・ポリオ()回 ・おたふく()回 ・日本脳炎()回 ・その他()	
	麻疹 歳 ヲ月	アトピー性 内服薬
	風疹 歳 ヲ月	皮膚炎 食事療法
そ の 他	喘息 薬 毎日・発作時 熱性 初回 歳 ヲ月	水痘 歳 ヲ月
	吸入 毎日・発作時 けいれん 最近 歳 ヲ月	百日咳 歳 ヲ月
	食物アレルギー 牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他()	
	薬物アレルギー 種類等()	
	普段使用している薬 なし・あり 内容()	
入院の経験 無・有(歳 ヲ月, 病名:)		おたふくかぜ 歳 ヲ月
無・有(歳 ヲ月, 病名:)		() 歳 ヲ月
その他(心配なこと, 配慮してほしいことについて記入してください。)		

母子手帳（予防接種欄）

りありのきっす神戸本山 病後児保育室

重要事項確認書・同意書

病後児保育室は、保護者の方に代わり、看護師・保育士がお子様をお預かりする施設です。

通常の外来で治療可能な病気にかかられたお子様が対象で、かかりつけ医からの指示に従い、安静・投薬の療養を致します。

ご利用にあたっては、下記の重要事項をご確認くださいますようお願い致します。

【ご利用にあたっての重要事項】

1. 予約受付後、当日の朝の状態により保育が出来ない（**38 度以上の発熱**）と判断した場合は、お預かりできない場合があります。
2. 利用者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ことではありません。
3. 保育中に症状が悪化し、保育が困難になった場合や熱が **38.5℃以上**となった場合は予定時間前でもお迎えをお願い致します。
4. 当病後児保育室では点滴などの医療処置は致しません。但し喘息の吸入処置は医師連絡票のかかりつけ医の指示がある時に行います。
5. 特別な理由がなく **1 歳以上で水痘ワクチン・MRワクチン（麻疹・風疹混合ワクチン）・BCG**を接種していない方は、他の方の感染リスクを考慮し、お預かりできません。
6. 緊急時には、**事後承諾で先に治療を開始する**場合があります。
7. ご利用当日は、必ず連絡が取れるようお願い致します。
8. 緊急連絡が取れなかったこと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。
9. 延長はありませんので、必ず **17：30** までにお迎えをお願い致します。
事故・災害などのやむを得ない事情を除き、連絡のない遅刻を繰り返す場合は次回からのご利用をお断りすることがあります。
10. 病児保育をご利用時のかかりつけ医による医師連絡票は **7 日間有効**です。（土日祝日を含む）
11. ご予約のキャンセルは必ずご連絡をお願い致します。（当日の8：30 まで）
12. 事前のご連絡なしにご利用をキャンセルされた場合は、**キャンセル料 3,000 円**を徴収させていただきます。場合によっては登録を抹消させていただく場合があります。
13. 災害等により他の場所へ避難をした場合には、当病児園の入り口に避難先を掲示又は、直接連絡を致しますので、お迎えは指定避難場所をお願い致します。（状況に応じて変更あり。）
14. 私達は個人情報保護法に関する法令に遵守し、個人情報の取り扱いを致します。下記同意書に基づき写真の使用を行います・上記の内容を確認し、承諾の上ご署名をお願い致します。尚、病後児ご登録と本同意書は**本年度末日**まで有効です。

年 月 日

※以下☑ください

上記重要事項の内容に ☐ 同意します ☐ 同意しません

SNS、園内掲示などに、お子さまの写真を載せることに ☐ 同意します ☐ 同意しません

園児氏名 _____ 保護者氏名 _____ 印 _____

住 所 _____

りありのきっず病後児保育施設利用申込書

年 月 日

施設長 宛

住所 _____

申込者 氏名 _____ 印

電話 _____

次のとおり、申し込みます。なお、許可を受けた期間中は実施施設の指示に従います。

フリガナ 対象児氏名		男 女	登録番号	
フリガナ 保護者名 (お迎えに来られる方)	お迎え時間		勤務先	事業所名： 所在地： TEL：
緊急時の 連絡先	① 氏名 (対象児との続柄) TEL ② 氏名 (対象児との続柄) TEL			
利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
病気の経過	・病名() ・診断を受けた日(月 日) ・いつから保育所等を休んでいますか(年 月 日から) ・薬は飲んでいますか 服薬(あり なし) □解熱剤内服・座薬(: に使用) □けいれん止め(: に使用) □吐き気止め内服・座薬(: に使用) □吸入(: に使用) ・あてはまる症状に○をしてください 発熱(°C) 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 けいれん 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他()			
起床時間	： に起床(よく眠れた・何度か目覚めた・全然眠れなかった)			
栄養方法	授乳中(母乳・人工・混合 1回 cc × 回) 離乳食(ドロドロ・舌でつぶせる・歯ぐきでつぶせる・歯でかめる) 普通食			
食事状況	① 全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる(はし スプーン) ●摂食 : 頃に を食べた			
行動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由			
排泄	□オムツ □トイレ 最後の排泄 尿(:) 便(:)			
注意事項	その他、特に注意する点があればお書きください。 ()			

※登録時と変更がある場合は、母子健康手帳をご持参ください。

病後児保育 家庭医連絡票

記入日 年 月 日

株式会社リアリノ

りありのきっず神戸本山 宛

医療機関所在地

名 称

電 話

担当医師氏名

印

診断の結果、現時点での 病後児保育が可能である と認められますので連絡します

(病気の回復期にあり、医療機関における入院治療を要しないが、集団保育が困難な状態)

児 童 氏 名	(男・女)	年 月 日生()歳
児 童 住 所		
病 名・症 状	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎(ロタ・ノロ) 6 周期性嘔吐症(自家中毒症) 7 突発性発疹症 8 手足口病 17 その他(病名:)	9 伝染性膿痂疹 10 麻疹 11 風疹 12 水痘(水ぼうそう) 13 インフルエンザ 14 流行性耳下腺炎 15 咽頭結膜熱 16 溶連菌感染症
診 療 形 態 (おもな症状)		
既往歴、治療及び 症状経過		
現在の投薬処方		
保育上の留意点		

(有効期間は作成日含め7日間)

薬の扱いについて

保育所等では、原則として薬を預かり投与することはしていません。しかし止むを得ない場合があるときは、保護者に代わり保育所等でも薬を服用させたり、外用薬を塗布することがあります。この場合は保護者からの、与薬の依頼を受けて薬を与えることにしています。薬を預かる場合は、安全のため「主治医意見書」「与薬依頼票」の提出をしていただきます。

薬を預けるとき

1. 預かる薬は、お子さまを診察した医師が処方し調剤したものに限りします。
2. 持参する薬には「主治医意見書」「与薬依頼票」を添付してください。
3. 預ける薬は 1 回ずつに分けて、当日分のみを職員に手渡してください。
4. 薬の容器や袋に、お子さまの名前を書いてください。
5. 「主治医意見書」の様式、「与薬依頼票」は、施設にあります。与薬が必要な方は、職員にお伝えください。

※病後児保育において、「家庭医連絡票」がある場合は「主治医意見書」は不要です。

与薬依頼票（保護者記載用）

		施設長宛		依頼日		年	月	日
依頼者	保護者名 TEL							
児童名	くみ （氏名）							
主治医	TEL							
病名								
薬	① 依頼する薬は 年 月 日に処方 ② 薬の型 粉薬・シロップ・粒・外用薬・その他 ③ 薬の内容（ ） ④ 投与時間 食前・食後・その他 ⑤ 外用薬などの使用方法（ ） ⑥ その他							

（施設記入欄）

使用日	／	／	／	／	／	／
受領サイン						
与薬サイン						

家庭との連絡票

【利用都度(毎回)】

年 月 日()

お名前	年齢 歳 月 日	男・女	お迎え予定時間 時 分頃 お迎え予定者()
診断名	緊急連絡先 ① 続柄() / ② 続柄()		

* 家庭での様子 *

体温	昨夜 °C / 今朝 °C
	解熱剤使用：無・有(時)
機嫌	良い ・ 普通 ・ 悪い
咳	無 ・ 少 ・ 多
鼻水	無 ・ 少 ・ 多
食欲	無 ・ 有
水分	良い ・ 普通 ・ 悪い
嘔吐	無・有(回/日、 月 日～)
睡眠	： ～ ：
	眠れている・時々目覚める・良
最終排便	日 時頃(硬・普通・軟・下痢)
最終排尿	時頃
その他	

*** 服薬について ***

持参薬	無 ・ 有	※有の場合は別紙与薬依頼票参照
-----	-------	-----------------

* 既往歴について *

ぜんそく	無・有(内服薬・吸入薬の使用：無・有)
アレルギー	無・有()
熱性けいれん	
その他	

* 食事について *

食事形態	ミルク・離乳食(前・中・後)・幼児食・持参
除去食	無・有()
水分摂取方法	哺乳瓶・ストロー・コップ
※食事の希望	無・有()

* 病後児保育室での様子 *

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
睡眠									
食事 ・ 水分									
排便									
排尿									

午前	
機嫌・活気	悪い・普通・良い
咳	無 ・ 少 ・ 多
鼻水	無 ・ 少 ・ 多
嘔吐・吐気	無 ・ 有
その他の症状	

午後	
機嫌・活気	悪い・普通・良い
咳	無 ・ 少 ・ 多
鼻水	無 ・ 少 ・ 多
嘔吐・吐気	無 ・ 有
その他の症状	

持ち物チェックリスト

* 必ず必要なもの *

- ☐ 家庭医連絡票
- ☐ 口拭きタオル3枚
- ☐ おしりタオル2枚
- ☐ ビニール袋複数枚
- ☐ 着替え3セット
- ☐ 下着3セット
- ☐ タオルケット1枚
- ☐ 敷きパッド(又はバスタオル)1枚

* 年齢に応じて *

- ☐ よだれかけ2～3枚
- ☐ 給食エプロン3枚
- ☐ 哺乳瓶(瓶と乳首をセットにして)使う回数分
- ☐ オムツ5枚以上(月極の方は不要)
- ☐ おしり拭き1つ(月極の方は不要)

* 必要に応じて *

- ☐ 持参薬、投薬依頼書、薬剤情報提供書
- ☐ お弁当、おやつなど