

ぬくもり（病後児保育）に関するご案内

HOC こどもの森保育園では、病気の回復期にあるお子さんを、保護者の方がお仕事の都合により家庭で育児ができない場合に、保育及び看護ケアをする保育サービスを提供しています。

| | |
|------|--|
| 開園時間 | 午前9時00分～午後5時00分（午前8時からの利用延長可能） |
| 開園日 | 月曜日～金曜日（祝祭日・お正月・お盆・園の行事がある日を除く） |
| 対象 | おおむね1歳～小学6年生 |
| 定員 | 1名 |
| 利用料金 | ※昼食・おやつ・飲み物は各自持参していただきますが、状況によっては給食（別途300円）を提供できますのでご相談ください。 |

| 組合員・共同利用枠（当園の在園児） | | 一般利用者 | |
|-------------------|--------|----------------|--------|
| 1時間（4時間まで） | 200円 | 1時間（4時間まで） | 300円 |
| 1日（4時間以上8時間まで） | 1,000円 | 1日（4時間以上8時間まで） | 1,800円 |

■利用方法■

- 事前登録をします（急なご利用の場合は、利用日当日のご登録も可能です。早めにお問合せください。）
『病後児保育登録票』にご記入の上、ご提出ください。
登録時必要なもの
◆認印 ◆母子健康手帳（予防接種のページのコピー） ◆保険証のコピー ◆子ども医療費受給資格証のコピー
- 予約をします
 - ＜仮予約＞HOC こどもの森保育園に電話をして、利用可能か確認してください。
 - かかりつけ医師の診察を受けます。
 - ＜本予約＞HOC こどもの森保育園に電話をして、利用日・時間を予約してください。
- 利用日当日にご来園いただきます

■持ち物■

- ◆医師の診断を受けたことを証明できるもの（お薬手帳・診療明細書など・・・）
- ◆当園の利用時病状連絡票（利用日ごとに提出してください）
- ◆お薬（量を測って投薬するお薬は、1回分ずつ容器に分けて持参してください。市販薬は受付不可です。）
※吐き気、嘔吐がある時や薬をうまく飲めない時は2回分持参してください。
※塗り薬などお子さんに必要と思われるもの
- ◆お薬連絡票 ◆着替え2～3枚 ◆ビニール袋
＜必要な方のみ＞
 - ◆おむつ ◆おしりふき ◆授乳用ミルク・哺乳瓶 ◆食事用エプロン
 - ◆お昼寝用大型バスタオル2枚 ◆防水シート（ご自宅にある方）

※安心感のために、お気に入りの玩具や絵本等をお持ちくださいね。

■注意事項■

- ・お預かりできる人数は日時・年齢などによって変動しますのでご了承ください。
- ・なるべく前日の16時までに仮予約をしてください。
17時以降に利用可・不可の連絡をします。
当日ご利用になりたい場合も利用状況により可能なので、直接お問合せください。
- ・予約後のキャンセルや時間変更の際は、利用当日8時までにご連絡くださいますようお願い致します。
- ・風邪（急性上気道炎）・喘息・急性胃腸炎・骨折・溶連菌感染症等が主な利用理由に考えられますが、お部屋の利用状況によっては当施設をご利用できない場合があります。
- ・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。
- ・持ち物には小さい物まで必ず名前を書いておいてください。



企業主導型保育施設
学校法人 鳳明学園
HOC こどもの森保育園
〒039-1121 八戸市御センター二丁目 3-8
☎ 0178 (38) 9092 ☎ 0178 (38) 9093
✉ kodomori@aioros.ocn.ne.jp

HOC こどもの森保育園
病後児保育の受け入れ基準

令和元年 9月 1日

I 病後児保育の考え方

保育園や幼稚園、小学校に通っている子どもの病気が「回復期」にあり、集団保育教育が困難で、かつ、保護者が就労等の都合で家庭で保護することが困難な場合に、その子どもを受け入れることとします。

病後児とは、**かかりつけ医を受診しており、病気が治りかけていて熱や症状は落ち着いてきているものの完全には回復しておらず、集団保育教育で通常の保育教育に戻るほど本調子ではない状態の子どもを指します。**安静にしていれば回復に向かうと医師が診断した場合をいいます。

II 対象となる疾患(回復期の状態)

- ① かぜ、消化不良症(多症候性下痢)等、乳幼児・児童が日常的にかかる病気⇒急性期を経過したものの、集団の場には連れて行けないような時
- ② 感染性疾患(水痘、風疹、インフルエンザ等)⇒かかりつけ医から登園登校の許可が出ているものの、体力の消耗などでまだ集団の場には連れて行けないような時
- ③ 喘息等の慢性的な病気⇒発作が収まっても集団の場には連れて行けないような時
- ④ 骨折、やけど等のケガその他**医師が必要と認めた疾患**⇒症状が回復しても集団の場での活動が難しい時

III 留意事項

発熱が38度を超え、朝からぐったりし食事がとれない症状や、伝染性の初期(発病より3日以内)の時、利用当日に症状が「ぶり返す」など**再度受診が必要と思われる場合は、受け入れ対象外**です。

【疾患例】

◎保育中の治療が必要な場合はお預かりきません。

| 疾患名 | 病後児保育受け入れ基準 | 一般登園登校基準 |
|------------------------------------|----------------------------------|---|
| かぜ | 回復傾向がみられたら | 回復したら |
| インフルエンザ | 発病後4日目から(医師の許可) 症状の回復傾向がみられたら | 発症した後5日を経過し、かつ解熱後3日を経過してから |
| おたふく風邪 (流行性耳下腺炎) | 発病後4日目から 症状の回復傾向がみられたら | 腫れがひいて、全身状態が良好であること(1週間) ※疑いの場合2~3日登園せず様子見 |
| 手足口病 | 発病後1日目から (熱が38℃未満) | 発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること |
| プール熱(咽頭結膜炎) (アデノウイルス) | 発病後4日目から 症状の回復傾向がみられたら | 主症状消退(熱が下がってのどの痛みなどがなくなった)後2日を経過してから |
| ヘルパンギーナ(ウイルス性、乳幼児の夏風邪) | 発病後4日目から 症状の回復傾向がみられたら | 熱が下がって、口腔内の痛みがなくなり、食事が十分にでき、元気がある |
| 水ぼうそう(水痘) 帯状疱疹 | 発病後4日目から 症状の回復傾向がみられたら | 1週間ぐらいたって、すべての発疹が痂皮化して(かさぶたになって)医師の許可がおりてから |
| 溶連菌感染症 (溶連菌性咽頭炎) | 抗菌薬を飲み始めて24時間以上経過してから | 抗菌薬を飲み始めて24~48時間以上すぎて、全身状態がよいこと |
| りんご病 (伝染性紅斑) | 希望があれば | 頬が赤くなった時は、すでにうつる時期がすぎているので元気が良ければ登園可能 |
| 細菌性胃腸炎(サルモネラなど) ウイルス性胃腸炎(ノロ・ロタ) | 症状の回復傾向がみられ、 医師が認めたら | 下痢、嘔吐等の症状が収まり、普段の食事が摂れ、医師が登園を認めたとき |

HOCこどもの保育園 病後児保育登録票

【利用期間】2019年度（2019年9月2日～2020年3月31日）

※下記太枠をご記入ください。

| | | | |
|---------|--------|-------------|--------------------------|
| 記入日 | 年 月 日 | 登録番号 | |
| 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 | (〒 -) | ☎ (- -) | 続柄 () |
| 利用児の在籍 | 園名 | HOCこどもの森保育園 | |
| | 学校名 | 小学校 年生 | |
| その他 () | | | |

| | | 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 | | | 男・女 | 歳 | 在籍 () |
| | 兄弟姉妹 | | | 男・女 | 歳 | (園名・学校名) |
| | 兄弟姉妹 | | | 男・女 | 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 | | | - - | | - - |

| | |
|---------|------------|
| かかりつけ病院 | 電話 (- -) |
|---------|------------|

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

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---------|---|--|--|--|--|
| 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水痘瘡 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 type="checkbox"/> ない | | | | | ⑰アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | | | |
| | 薬 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> なし | | | | | 治療 内服薬・外用薬・食事療法 | | | | |
| | 吸入 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> なし | | | | | ⑱アレルギー体質 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | | | |
| | ⑯熱性けいれん <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | | | | ※食物アレルギー含む、具体的な内容を記入 | | | | |
| | 初回 歳 カ月 | | | | | | | | | |
| | 最後 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) のある方をご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| 病名等・内容 | | | | | (歳 カ月) | | | | | |
| 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→ () | | | | | | | | | | |

上記の通り、病後児保育を利用したいので申し込みます。 令和 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

HOCこどもの森保育園 利用時病状連絡票

| | |
|------|--|
| 登録番号 | |
|------|--|

※利用日当日の朝に、必ずご持参ください。 ※医師の許可のない流行性疾病・伝染病はお預かりできません

| | | | |
|--------------|--------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 利用日 (記入日) | 年 月 日 | 利用児の在籍 (園名・小学校名) | |
| 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] |
| 本日の連絡先 | (必ず連絡のつく番号をお願いします) | | |
| 利用内容 | 登園 | | お迎え時間 |
| | 時 分 | 同伴者 母親・父親 その他 (続柄) | 時 分 同伴者 母親・父親 その他 (続柄) |

| | | | | |
|---|---|---|--------------|---|
| 病名 | | 受診日 | 令和 年 月 日 () | ※医師による病後児 保育利用許可 あり なし |
| お薬 | <input type="checkbox"/> 投薬を受け持参している <input type="checkbox"/> 持参していない | | 受診病院 | |
| お薬を持参の場合、必ず別紙の「お薬連絡票」にご記入の上、お薬手帳等がある場合は一緒にご持参ください | | | | |
| 現状 | 症状 | <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 発熱 | 度 分 | (平熱) 度 分 | 様子 <input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> その他 () |

昨日からの症状について詳しくご記入ください

| | | | |
|-------------|---|-------|-------------------------|
| 睡眠時間 | 時 分頃～ 時 分頃まで (良・不良) | 最終排便 | 月 日 () (普通・下痢・硬い) |
| 今朝の朝食 | 食べられなかった・あり (少ない・普通・多い) | 昨日の夕食 | 食べられなかった・あり (少ない・普通・多い) |
| 今朝の内服薬服用時間 | <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した 【最終使用日時】 月 日 () 時 分 | | |
| 座薬の投薬 | <input type="checkbox"/> 使用した 【最終使用日時】 月 日 () 時 分 | | |
| | <input type="checkbox"/> 使用していない 度の時に アンヒバ・けいれんどめ・その他 () | | |
| 症状の起こった最終時間 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> その他 () 月 日 () 時 分頃 | | |
| 【詳細を記入】 | | | |

※該当するところに✓マークを記入し、記入する箇所には漏れの無いようにご記入をお願い致します。

| 内 容 | 該当するところに✓マークを記入 | | 内 容 | 該当するところに✓マークを記入 | |
|-------|---------------------------------|---------------------------------|-----|---------------------------------|---------------------------------|
| 食 事 | <input type="checkbox"/> ひとりできる | <input type="checkbox"/> 手助けが必要 | 排 便 | <input type="checkbox"/> ひとりできる | <input type="checkbox"/> 手助けが必要 |
| 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> ひとりできる | <input type="checkbox"/> 手助けが必要 | 排 尿 | <input type="checkbox"/> ひとりできる | <input type="checkbox"/> 手助けが必要 |

| | | | |
|-----|----------------------------------|----------------------------------|---|
| 持参品 | <input type="checkbox"/> ミルク・哺乳瓶 | 【量】 cc / 1回 | 【回数】 / 1日 |
| | <input type="checkbox"/> バスタオル 枚 | <input type="checkbox"/> 着替え | 【最後の授乳】 時 分 【園で飲む時間】 時・ 時・ 時 |
| | <input type="checkbox"/> タオル 枚 | <input type="checkbox"/> 飲み物(水筒) | <input type="checkbox"/> おむつ 枚 <input type="checkbox"/> おやつ |

| | | | | |
|-----|--|---------|------|---|
| 既往症 | 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある | 初 回 | 歳 カ月 | アレルギー体質 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| | | 最 後 | 歳 カ月 | ※食物アレルギー含む、具体的な内容を記入 |
| | | これまでの回数 | 回 | |

上記の通り、病後児保育を利用したいので申し込みます。 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 _____

※事前登録時より変更がある場合、以下にご記入ください。

| | | |
|------|---|---------------------|
| 変更内容 | <input type="checkbox"/> 住所・電話番号 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給資格証 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> その他 | 左記の変更内容を具体的にご記入ください |
|------|---|---------------------|