

病後児保育のご案内



社会福祉法人 宮城厚生福祉会

下馬みどり保育園

多賀城市下馬一丁目 10 番 4 号

電話 361-3385

FAX 361-3386

病後児保育とは

保育園や小学校に通う子どもが病気やケガなどの回復期にあるため集団生活が適当でなく、またお仕事の都合でご家庭での保育が困難な場合の保育及び看護をします。

対象児童と定員

多賀城市内に在住する1歳～小学3年生（定員は3名です）

保育時間

月曜日～金曜日 8:00～18:00 土曜日 8:00～17:00

*日曜日・祭日・年末年始はお休みです。

利用料金

1日2000円（給食費300円含む）4時間未満の場合1000円
生活保護世帯は免除となります。利用当日保育園にお支払い下さい。

持ち物

- ・着替え・バスタオル2枚（シーツ代わり）・おむつ・お尻ふき・コップ
- ・おしぼり・食事用エプロン2枚（1～2歳児）
- ・薬は1回分ずつに分けてお持ち下さい。
- ・普段使っているお気に入りのオモチャ等

利用できる症状

医師連絡票をもとに、病後児保育室の判断により利用を決定します。

次の病気の回復期

- 1 感冒・感冒様症候群
- 2 咽頭炎・扁桃腺炎
- 3 気管支炎
- 4 喘息・喘息様気管支炎
- 5 消化不良
- 6 感冒性嘔吐症
- 7 自家中毒
- 8 中耳炎・外耳炎
- 9 結膜炎（はやり目を含む）
- 10 とびひ
- 11 突発性発疹
- 12 手足口病
- 13 りんご病
- 14 おたふくかぜ
- 15 麻疹（はしか）
- 16 水痘（みずぼうそう）
- 17 百日咳
- 18 風疹
- 19 インフルエンザ
- 20 溶連菌感染症

利用できない症状

- ① 高熱状態である。高熱状態が続いている。
- ② 喘息がひどく息苦しそう
- ③ 食欲がなく、ほとんど飲んだり食べたりできない
- ④ 嘔吐がひどい
- ⑤ 水様便が日に数回ある
- ⑥ 下痢や嘔吐の為脱水症状の兆候が見られる
- ⑦ 咳がひどく呼吸困難がある
- ⑧ 活気がない
- ⑨ ぐったりしている
- ⑩ 伝染性疾患の急性期で他のお子さんにうつる可能性がある

注意点

○利用は申し込み順としますが、種類の違う感染症が重なったり、児童の症状や状態により、利用できない場合もあります。

○児童の状態に変化があり、保育が無理と判断した場合は、保護者に連絡しますので、お迎えをお願いします。また、緊急の場合、保護者の了解のもと病後児保育室から直接病院に行き受診することがあります。

○病後児保育室は医療機関ではありませんので、医療行為はできません。利用の前に保護者が責任を持ってお子さんの病状、投薬等について確認しておいて下さいね。

○キャンセルの場合は8:00までご連絡ください



登録

病後児保育を利用する場合、事前登録が必要です。

申し込み方法

- ① 利用の際には、下馬みどり保育園の病後児保育室の定員に空きがあるかを電話で確認して仮予約して下さい。
- ② 予約後、かかりつけ医師などで受診し、医師連絡票に記入してもらってください。再度、下馬みどり保育園に予約確認の電話をして下さい。
- ③ 医師連絡票を持って登園してください。その時、申込書の用紙を渡しますの
で、必要事項を記入して提出して下さい。
- ④ 登園時、お子さんの病状等を看護師にお伝えください。

一日の流れ

時間	活動内容
8:00	登園・状態把握・検温
10:00	自由遊び 昼食・薬
12:00	お昼寝
15:00	検温・おやつ 自由遊び
18:00	お迎え

*年齢・病状により活動内容は変わります。

問い合わせ先

多賀城市保健福祉部 保育課
下馬みどり保育園

電話 368-1141

電話 361-3385

※登録番号()

病後児保育利用登録申込書

年 月 日

下馬みどり保育園長 殿

申請者住所
氏名

児童氏名	ふりがな	男・女	愛称		
		生年月日	年	月	日(歳 か月)
在籍施設名	(保育園・幼稚園・小学校等)		電話		
かかりつけ医	病院名	担当医師		電話	
保護者氏名	ふりがな	電話			
保護者住所	〒 多賀城市				
緊急連絡先	電話	()			
	電話	()			
利用区分	・生活保護世帯		・その他の世帯		
予防接種 (受けたものに ○をつける)	四種混合	ロタ	ヒブ	肺炎球菌	B型肝炎
	1回目 2回目	1回目 2回目	1回目 2回目	1回目 2回目	1回目 2回目
	3回目 追加	3日目	3回目 追加	3回目 追加	3回目
	BCG	麻しん風しん 1期 2期		日本脳炎 1回目 2回目 3回目	
	水痘	おたふくかぜ	その他 ()		
今までにかかった病気に○をつけてください 1 突発性発疹 2 はしか 3 風しん 4 水痘 5 おたふくかぜ 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 肘内障(亜脱臼) 12 アトピー性皮膚炎 13 熱性けいれん(回数 回・最後はいつ 年 月 日) 14 その他()					
食事制限	無・有(具体的に)				
その他	配慮してほしいことなど具体的にお書きください				

病後児保育利用申込書

年 月 日

下馬みどり保育園長 殿

申請者住所
氏名

次のとおり、病後児保育を申し込みます。

◎利用期間 年 月 日()～ 年 月 日()

◎利用児童

在籍施設名	氏名	年齢・学年	生年月日
	ふりがな		年 月 日 歳 か月

◎緊急連絡先(優先順位でお書きください)

続柄	氏名	連絡先(勤務先等)	電話番号

◎送迎等

送	父	母	その他()	利用時間
迎	父	母	その他()	: ~ :

◎利用時の病状

病気の経過	病名
症状に○	発熱 鼻水 咳 嘔吐 下痢 痛み 発疹 具体的に記入
保育中の薬	無 有⇒
食事	現在の食事形態 : ミルク 離乳食 幼児食 ※アレルギー等、主治医から食事制限を受けている場合は具体的にお書きください
その他	伝えておきたいこと

