

射水おおぞら保育園

お子さんが病気のため、集団保育が困難な場合、保護者の方が勤務等の理由により、家庭保育を行うことが困難である場合に一時的にお預かりします。

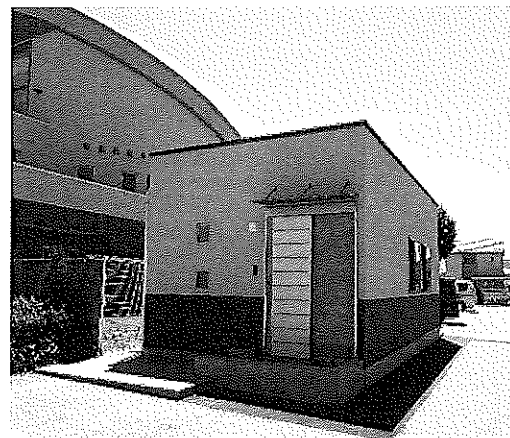
【対象児童】

- ・射水市内の保育園等へ通園中の児童
- ・高岡、魚津、水見、砺波、南砺、小矢部、入善、朝日、黒部に住所があつて、保育園等へ通園中の児童(令和6年7月1日から)
- ・6ヵ月以上(ひとりお座りができること)～小学3年生

次のような症状の場合は、利用をお断りさせていただきます。

- 高熱
- 食欲がなく、ほとんど飲んだり食べたりできない
- 下痢、嘔吐がひどい
- 脱水症状の兆候がある(ぐったりして元気がないなど)
- 喘息がひどく呼吸困難がある

※かかりつけ医の「診療情報提供書(利用連絡書)」がある場合でも、利用申し込み時に上記の症状がある場合などは、利用をお断りさせていただきますのでご承知ください。



【利用方法】

- ① 事前に当園に電話し、申し込みをしてください。(受付時間は月曜日～金曜日の8:30～17:30)
- ② 医療機関を受診し「診療情報提供書(利用連絡書)」に必要事項を記入してもらってください。
※当園のホームページからも用紙を取り出すことができます。
- ③ 利用当日に「診療情報提供書(利用連絡書)」・・・医師記入

- 「射水市病児保育児童票」・・・保護者記入
- 「射水市病児保育事業利用申請書」・・・保護者記入
- 「家庭からの連絡票」・・・保護者記入

} を持参してください。

【料金】

一回 2,000円 (時間問わず)

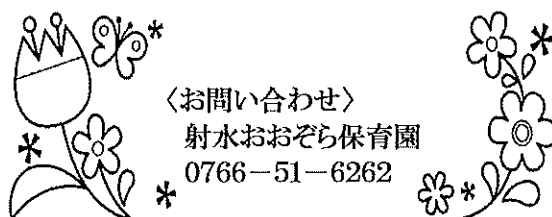
※生活保護世帯、市町村民税非課税世帯、ひとり親家庭等世帯(児童扶養手当又はひとり親家庭等医療費助成の受給世帯)の方は、1回当たり1,000円の利用料助成(お子さま一人につき1か月当たり10,000円上限)を受けることができます。

【利用日時】

月曜日～金曜日 ※土・日、祝日、年末年始を除く。
8:30～17:00(早朝、延長は実施しません)

【持参するもの】

別紙の「病児保育の際に準備していただくもの」を参考にいただき、お子さまにより、それ以外に必要と思われるものは、持参してください。



射水市病児・病後児保育事業診療情報提供書(利用連絡書)

射水市長 殿

医療機関 所在地
 名 称
 電 話
 F A X
 担当医師 氏 名

印

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

患者氏名		性別	生年月日	年 月 日生 (歳)
患者住所				
電話番号	()	保護者氏名		
病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎	9 水痘		
	2 気管支炎・肺炎	10 風しん		
	3 喘息・喘息性気管支炎	11 インフルエンザ		
	4 ヘルパンギーナ	12 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）		
	5 感染性胃腸炎	13 溶連菌感染症		
	6 ロタウイルス胃腸炎	14 中耳炎		
	7 周期性嘔吐症（自家中毒）	15 伝染性膿痂疹		
	8 流行性耳下腺炎	16 その他（病名：)		
	(病名不明のとき) 1			
	17 発熱	18 下痢	19 嘔吐	20 咳嗽
	21 喘鳴	22 発疹		
診療形態	1、外来	2 往診	3 入院(年 月 日～ 年 月 日)	
既往歴、 治療経過 及び 症状経過				
現在の 投薬処方				
保育上の 留意点	(安静・食事・特異体質等)			

注1 対象児童の居住する市町村宛に情報提供をした場合に診療情報提供料(Ⅰ)(250点)を算定することができる。
 患者1人につき月1回に限り算定する。

年 月 日

射水市病児保育事業利用申請書

申請者 住所
氏名
利用者との続柄 印

射水おおぞら保育園で病児保育を利用したいので、医師連絡票を添えて申請します。

利用者	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名			年 月 日 (歳 か月)	日生 か月)
通園・通学先		保育園・小学校			
かかりつけ医師 医療機関名		電話番号			
利用期間		年 月 日	～	年 月 日	(日間)
利用時間		時 分	～	時 分	
利用事由		1 勤務の都合 2 その他 ()			
お迎えする方		氏名	続柄	お迎え時間	
				時 分	
緊急 連絡 先	順位	氏名	続柄	電話番号 (勤務先等)	
	第1				
	第2				
	第3				
同意事項	<p>1. 病児保育事業の利用期間中は、指導医の指示に従います。また、児童の病状によっては、病院に緊急搬送することを承諾します。</p> <p>2. 指導医が必要と認めたときは、申込時及び病児保育利用期間中に指導医の診療（通常の診療）を受けることを承諾します。</p> <p>3. 児童の容態が変化して病児保育での対応が困難になったとき又は指導医が利用を不相当と判断した時は、病児保育の中止に同意します。</p> <p>4. 児童の容態により緊急に連絡があった場合は、適切に対応します。</p> <p>上記のことについて同意します。</p>				
					氏名 印

射水市病児保育児童票

記入日 年 月 日 記入者 _____

児童氏名	(ふりがな)	性別		生年月日	年 月 日
------	--------	----	--	------	-------

住所	〒 _____	電話番号： _____
----	---------	-------------

通園・通学先	_____	電話番号： _____
--------	-------	-------------

かかりつけ医師 医療機関名	_____	電話番号： _____
------------------	-------	-------------

家族状況	氏名	年齢	続柄	勤務先等 (電話)
				電話
				電話
	兄弟姉妹その他同居者氏名	年齢 ()	年齢 ()	年齢 ()
		年齢 ()	年齢 ()	年齢 ()

予防接種	BCG	未・1	日本脳炎	未・1・2・3
	小児用肺炎球菌	未・1・2・3・4	ロタウイルス	未・1・2・3
	ヒブ	未・1・2・3・4	おたふくかぜ	未・1・2
	麻疹・風疹	未・1・2	B型肝炎	未・1・2・3
	水痘	未・1・2	その他予防接種	
	四種混合 (DPT-IPV)	未・1・2・3・4		

既往歴(今までにかかった病気の番号及び [] 内の事項について該当があれば○印又は必要事項を記入)

1	突発性発疹	9	B型肝炎
2	はしか	10	川崎病 [心臓合併症： あり・なし]
3	風疹	11	アトピー性皮膚炎 [治療： あり・なし]
4	水痘 (水ぼうそう)	12	中耳炎
5	おたふくかぜ	13	じんましん
6	百日咳	14	てんかん [薬などの指示： あり・なし]
7	喘息 [発作： あり・なし] [薬の服用： 毎日・不調時・なし]	15	関節がはずれやすい [回数： 回] [右・左・両方]
8	熱性けいれん [回数： 回、最後： 月 日] [発熱時抗痙攣薬指示： あり・なし]	16	その他 ()

入院歴 : 病名() 歳 ヶ月
 病名() 歳 ヶ月
 病名() 歳 ヶ月

アレルギー	・食物： あり [※食事制限の程度] ・なし ・薬： あり(薬品名) ・なし ・環境： あり(ダニ・ハウスダスト・動物 _____ ・その他 _____) ・なし
-------	--

その他、体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあれば記入して下さい。

【家庭からの連絡票】

利用日	年 月 日 ()	お子様名 (ふりがな)	男 ・ 女 歳 ヶ月
発病から今朝にかけての症状について簡潔に記入して下さい。			
体温	昨日：日中 ℃ (時頃)、夜 ℃ (時頃) 今日：朝 ℃ (時頃)		
鼻水	多い ・ 少ない ・ なし (水鼻/青鼻)		
咳	多い ・ 少ない ・ なし (コンコン/ゴホゴホ/ケンケン)		
喘鳴	なし ・ あり 呼吸 (荒い/ゼゼエ/ヒューヒュー 他)		
便	なし ・ 普通便 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 (回数 回) 便性 (普通/白っぽい/すっぱい臭い/他)		
排尿量	多い ・ 少ない ・ 普通 ・ なし		
嘔吐	なし ・ あり (日から 回)		
発疹	なし ・ あり (顔/足/手/おなか/おしり/背中/口/その他)		
痛み	なし ・ あり (頭/のど/おなか/耳/その他)		
飲水量	多い ・ 少ない ・ 普通 ・ なし		
睡眠	睡眠時間 (時 分) ~ (時 分) よく眠れた ・ 眠りが浅かった ・ ほとんど眠ってない 寝る時の状態 おんぶ ・ とんとん ・ 抱っこ ・ 添い寝 ・ 他		
機嫌	良い ・ 普通 ・ やや悪い ・ 悪い		
・ 本日、気になる症状、心配なことがありましたらお書き下さい。			
熱性けいれん	なし ・ あり (けいれん止め座薬：使っていない ・ 使った： 時 分)		
解熱剤の使用	使用していない ・ 使用した (最終使用 月 日 時 分) 解熱剤使用時の体温 ℃		
食欲	しっかり食べた ・ 半分くらい ・ ほとんど食べない		
食事の内容と摂取量	[昨晚]	[今朝]	
※離乳食	前期 ・ 中期 ・ 後期 ミルク： 朝何時に飲みましたか？ (時 分頃 cc) ミルクの間隔： 時間あけて cc ・ 昼食後 ・ おやつ後)		
食物アレルギー	なし ・ あり【食物名： 】		
保育園・小学校で流行している病気はありますか？ なし ・ あり 【病名： 】			
特記事項記入欄			