

病後児保育 スマイル☆利用案内

☆対象となる症状☆

- ★日常かかりやすい病気(かぜ、中耳炎等)
- ★感染性の病気(インフルエンザ、おたふく、水疱瘡、RS ウイルス等)
- ★慢性的な病気、やけど、骨折等のけが
- ★お預かりできない病気、症状⇒胃腸炎(症状がひどい時) 朝から 39℃以上の熱

まずは、電話でご相談して下さい。

※感染性の強いものに関しては、予約状況によりお預かり出来ないことがあります。



☆持ち物☆

提出書類 利用申込書兼病後児保育記録、事業利用申請書、
診療情報提供書 薬連絡表(服用のお薬がある場合)

(全員) コップ・タオル 2 枚・オムツ、お尻ナップ(必要な方)・
ビニール袋 2~3 枚・着替え 2~3 着 タオルケット 2 枚
もしくはバスタオル 2 枚

(昼食を食べる方) お箸セット・ランチョンマット・
おしぼり・エプロン又はスモック・

(ミルクを飲む方) 粉ミルク・哺乳瓶・授乳用ガーゼ(全て回数分)
*持ち物、全てに名前の記入をお願い致します。



☆利用について☆

①登録期間：令和2年4月1日（または登録の翌日）～令和3年3月31日

②前日の午前8時30分～午後5時30分までに、スマイルへ連絡

(わかば保育園 0285-39-6305)し予約

*当日の申し込みも相談に応じますが、利用状況によりお預かり出来ない場合もありますので、ご了承下さい。

*下野市の方優先（①住所②職場）となるため、利用人数によっては、予約後でも市外の方をお断りする事がありますので、ご了承下さい。

☆対象年齢・保育時間☆

☆満6ヶ月～満9歳（小学4年生～6年生はご相談下さい。）

☆月曜日～金曜日の午前7時30分～午後7時00分

☆休園日は土曜・日曜日、祝日、年末年始

★利用料★

○ 1時間	市内	¥150	市外	0歳児	¥500
				1歳児	¥300
○ 給食代(おやつ含む)					¥412
○ おやつのみ					¥100

利用料は、お迎えの際にお支払いください

その他

☆利用期間中に症状の変化があった場合は、保護者の緊急連絡先に 連絡します。連絡が取れなかった際はこちらの判断で、病院に連絡しお連れします。その際の受診料、検査料薬代等は、お迎えの際に頂きますのでご了承下さい。

☆薬は、1回ずつにわけた上、薬剤情報提供書を添付して下さい。

☆キャンセルする場合は、当日午前8時30分までに電話で連絡してください。（午前7時30分～8時からの利用の場合のキャンセルは、当日の午前7時までに連絡をお願いします。）
8:30を過ぎた場合は、キャンセル料をお支払いして頂きます。

☆ご利用時に住所等変更があった際は、お知らせ下さい。

下野市乳幼児健康支援一時預り事業
病後児保育 オリーブ☆利用案内

☆対象児☆

- ☆病気やけがの回復期にあり集団保育が難しい児
- ☆保護者の勤務などにより家庭での保育を受けることが難しい児
- ☆満6ヶ月～満9歳（小学4年生～6年生はご相談ください。）

☆保育時間☆

☆月曜日～金曜日の午前8時00分～午後6時00分

☆休園日は土曜・日曜日、祝日、年末年始

☆利用について☆

①登録期間：令和2年4月1日～令和3年3月31日（登録の翌日から利用可能）

登録料：750円（登録受付：午前8時30分～午後5:00分）

②前日の午前8時30分～午後5時00分までに、オリーブへ電話予約をしてください。

（薬師寺幼稚園 0285-48-0132）

○下野市の事業の一環で行っています。その為※下野市の方優先（市内在住・在勤の方）となります。利用人数、利用中の方の症状、感染症の有無によっては、予約しかねる場合もあります。ご了承ください。

☆対象となる症状☆

- ★日常かかりやすい病気【かぜ、中耳炎等】
 - ★感染性の病気【インフルエンザ、おたふく、水疱瘡、RSウイルス等】
 - ★慢性的な病気【やけど、骨折等のけが等】
 - ★お預かりできない病気【症状が強い胃腸炎、朝から39℃以上の発熱がある場合】
- ※感染性の強いものに関しては、予約状況によりお預かりできないこともあります。
- ※施設の判断によりお預かりできない場合があります。

☆持ち物☆

- 提出書類 利用申込書兼病後児保育記録、事業利用申請書、
診療情報提供書、薬連絡票(薬がある場合・頓服はお預かりしていません)
- (全員) コップ・タオル2枚・オムツ、お尻ナップ(必要な方)・
ビニール袋2～3枚・着替え2～3着・タオルケット2枚
もしくはバスタオル2枚・マスク

(昼食を食べる方) お箸セット・ランチョンマット・

おしぼり・エプロン又はスモック

(ミルクを飲む方) 粉ミルク・哺乳瓶・授乳用ガーゼ(全て回数分)

*** すべての持ち物に名前の記入をお願い致します。**

☆利用料☆

	市内	市外
☆ 1 時間	150 円	0 歳児 500 円 1 歳児～ 300 円
☆給食代 (おやつ含む)	412 円	
☆おやつのみ	100 円	

利用料は、お迎えの際にお支払いください。

キャンセルする場合は、当日午前 8 時 30 分までに電話で連絡してください。8 時 30 分を過ぎた場合は、キャンセル料 412 円をお支払いしていただきます。

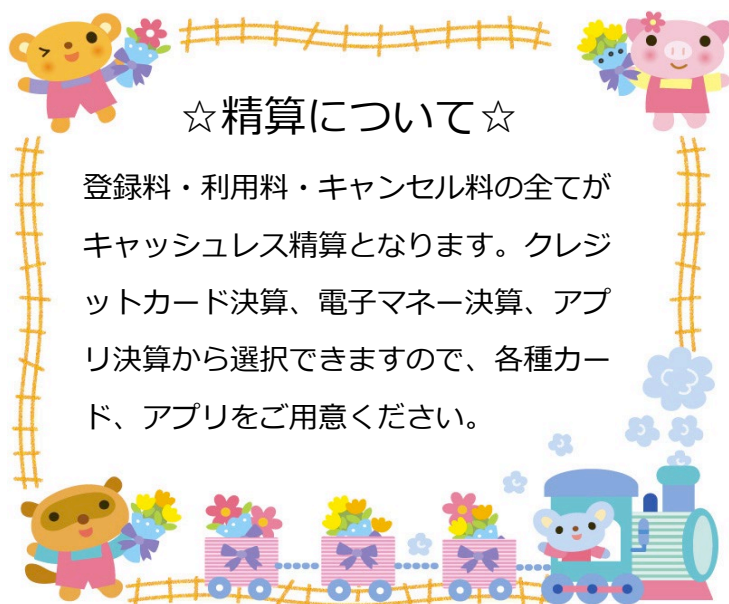
キャッシュレス精算になりますのでご了承ください。

☆利用期間中に症状の変化があった場合は、保護者の緊急連絡先に連絡します。連絡が取れなかった際はこちらの判断で、病院に連絡しお連れします。その際の受診料、検査料薬代等は、お迎えの際に頂きますのでご了承ください。

☆薬は 1 回ずつにわけて、薬に児の氏名と薬の名前を記入してください。薬に児の氏名と薬の名前の記入がない場合や薬連絡票の記入漏れがある場合は投薬できませんのでご了承ください。

☆お迎えは必ず午後 6 時までにお越しください。午後 6 時を過ぎた場合には、担当する職員 1 名分の人件費 (1 時間につき 2000 円) を別途ご負担いただきます。

☆ご利用時に住所等変更があった際は、お知らせください。



☆精算について☆

登録料・利用料・キャンセル料の全てがキャッシュレス精算となります。クレジットカード決済、電子マネー決済、アプリ決済から選択できますので、各種カード、アプリをご用意ください。



2020年度 病後児保育 登録表

ふりがな		生年月日	性別	4月1日現在年齢
幼児氏名		年 月 日	男・女	
住所	〒 ー			
電話番号	ー ー			
保護者氏名	続柄 ()			
保護者勤務地 (○をつけてください)	父 (下野市・下野市以外)		母 (下野市・下野市以外)	
通園・通学状況	保育園・幼稚園・小学校			
家族構成	氏名	(続柄)	生年月日	職業
		()	/ /	
		()	/ /	
		()	/ /	
		()	/ /	
生育歴	検診での異常 無・有()			
	熱性痙攣の既往 有・無 最終に起こした日: 年 月 日			
	ダイアブ 無・有(mg)/飲んでいる薬 無・有()			
食事	アレルギー 無・有(卵・牛乳・小麦・鯖・そば・その他< >)			
	摂取時の症状 ()			
	誤食時の薬剤 無・有()			

* 別紙の利用案内所を確認、了承いただきましたら下記にご署名下さい。

住所 〒 ー

氏名 _____ (印)

保育園記入欄

登録料	領収書	決定通知書	印鑑	保険証コピー
	登録日	登録者	No	
				対象/対象外

下野市乳幼児健康支援一時預り事業診療情報提供書

(保護者記入欄)

乳幼児氏名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	TEL
乳幼児健康支援一時預り利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで		

(主治医記入欄)

病 名	01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	(病名不明のとき)	
	02 咽頭炎	12 手足口病		20 発熱
	03 扁桃腺炎	13 伝染性紅班(りんご病)		21 下痢
	04 気管支炎	14 流行性耳下腺炎		22 嘔吐
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 麻疹		23 咳痰
	06 消化不良症	16 百日咳		24 喘鳴
	07 感冒性嘔吐症	17 風疹		25 発疹
	08 自家中毒症	18 水痘		
	09 中耳炎・外耳炎	19 その他		
	10 結膜炎(流角結を含む)	()		
隔離の 要 否	要 ・ 不要			
安 静 度 (印)	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主・他児との静かな遊び可) 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
食 事 (印)	ミルク 離乳食(初期・中期・後期) 普通食 下痢食(軽症・中等度) 指示事項 《除去食》卵・牛乳・大豆・その他() アレルギー制限が必要な児童は上記の記載もお願いします。			
症 状 経 過 及 び 医師の指示事項				
与 薬 に つ い て	病後児保育での与薬(有・無) 処方			
乳幼児健康支援一時預り事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。				
年 月 日 <div style="text-align: right;"> 医療機関名 所在地 電話番号 医師名 印 </div>				

病後児保育記録

利用日： 年 月 日

児童名： (愛称：) 男・女 歳 ヶ月

<ご家庭での様子>

病名：

体温： 昨晚 (時 分) °C

今朝 (時 分) °C

睡眠： 時 分 ~ 時 分 良眠・ふつう・不眠

食欲： 旺盛・ふつう・無し

ご家庭からの連絡事項

<スマイルでの様子>

	7:00~9:00		9:00~11:00		11:00~13:00		13:00~15:00		15:00~17:00		17:00~20:00	
生活												
症状 処置												
睡眠												
排尿												
排便												
食事			おやつ (食欲) 有 ふつう 無		給食 (食欲) 有 ふつう 無				おやつ (食欲) 有 ふつう 無			

年 月 日

下野市長 様

申請者 住 所 下野市
(保護者)
氏 名 印
(児童との続柄)

下野市乳幼児健康支援一時預り事業利用申請書

このたび、下記により下野市乳幼児健康支援一時預り事業を利用したいので、別紙主治
医の診療情報提供書を添付の上、申請します。

児 童	住 所	下野市			子の愛称
	氏 名		年 月 日生(歳 月)		
利 用 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
施 設 名					
保 育 園 名 及 び 電 話		TEL		緊 急 連 絡 先	TEL
自 宅 電 話		TEL ()			TEL
保 護 者 家 族 欄	続 柄	氏 名	生 年 月 日	勤 務 先	
	父			TEL	
	母			TEL	
				TEL	
				TEL	
				TEL	
利 用 の 理 由 (看護できない理由)		1 保護者の勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他社会的にやむを得ない自由 ()			
記入上の注意 1 利用期間は原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2 利用の理由は該当するところに を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。 3 緊急連絡先は、市役所及び施設が保護者と連絡を取れる電話番号をご記入ください。					
備考					