



我孫子市病後児保育施設



《こどもデイルームみらい》

ご利用案内



令和元年 11月改訂版

我孫子市では子育てと就労の両立を支援するために、保護者の就労などにより、家庭での保育や保育園などにおける集団保育が困難な病気回復期にあるお子さんを、一時的に医療機関併設の病後児保育施設でお預かりする、デイサービス事業を実施しています。

このサービスは、我孫子市民、または我孫子市内に在勤・在学している方、もしくはお子さんご本人が我孫子市内に通園・通学している方がご利用いただけます。

《施設の外観》



「こどもデイルームみらい」は、平和台病院の敷地内にある広々とした保育施設です。保育室のほかに安静室があります。保育士と看護師が病気回復期にあるお子さんの体調を見ながらお預かりします。

《施設内の様子》



《平和台病院入口》



①病後児保育施設を利用するお子さん

次の3つをすべて満たすお子さんが利用できます。

- 1 病気回復期(医療機関による入院治療の必要はないが安静にする必要がある)にあり、集団保育が困難な状況にあるお子さん
- 2 保護者の就労、就学、傷病、事故、出産、冠婚葬祭等により家庭保育が困難なお子さん
- 3 生後57日目から小学生までのお子さん



②実施施設

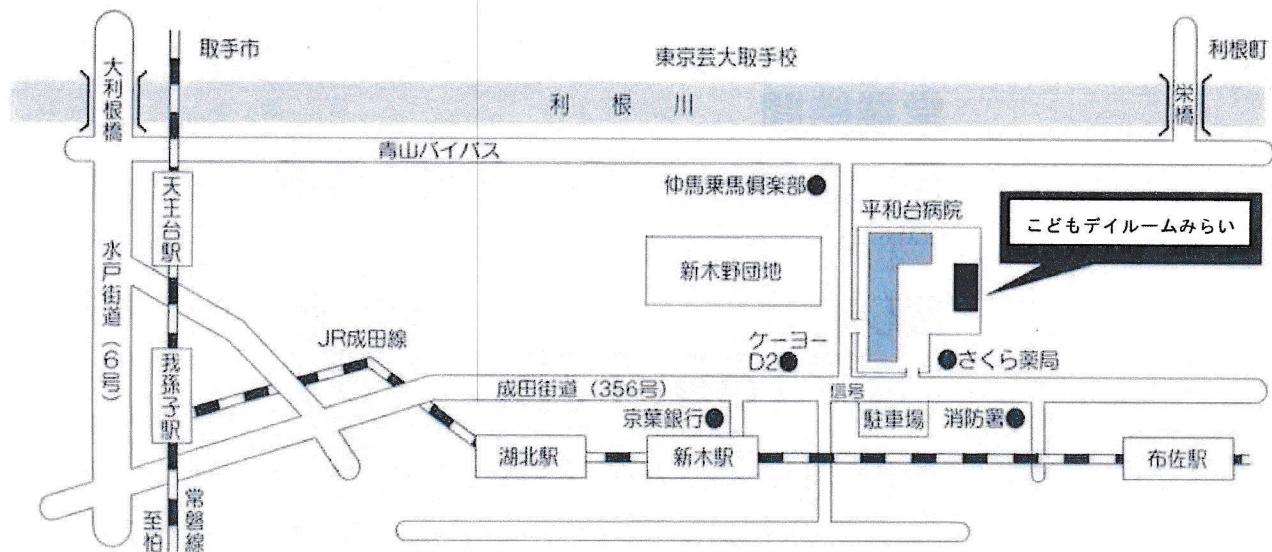
施設名称	こどもデイルームみらい
所在地	〒270-1101 我孫子市布佐 834-176(平和台病院敷地内) ※JR成田線「新木駅」下車徒歩約12分 ※無料駐車場有り
定員	3名
開館時間	月~土曜日 午前7時~午後7時 (注:当日予約は9時以降のお預かりになります) ※日曜日、祝祭日、年末年始(12月29日~1月3日)、創立記念日(7月1日)はお休みになります。
利用可能日数	休日を含み連続7日間以内
保育内容	お子さんの状態に応じた保育、食事(ミルク以外)とおやつの提供を行います。

●予約受付 04-7189-1785 (7:00~19:00)

●キャンセル受付 04-7189-1785 ※24H対応

●ホームページ <http://www.medicalplaza.or.jp> ※案内書及び必要書類(PDF形式)

《周辺地図》



③利用料金と支払方法

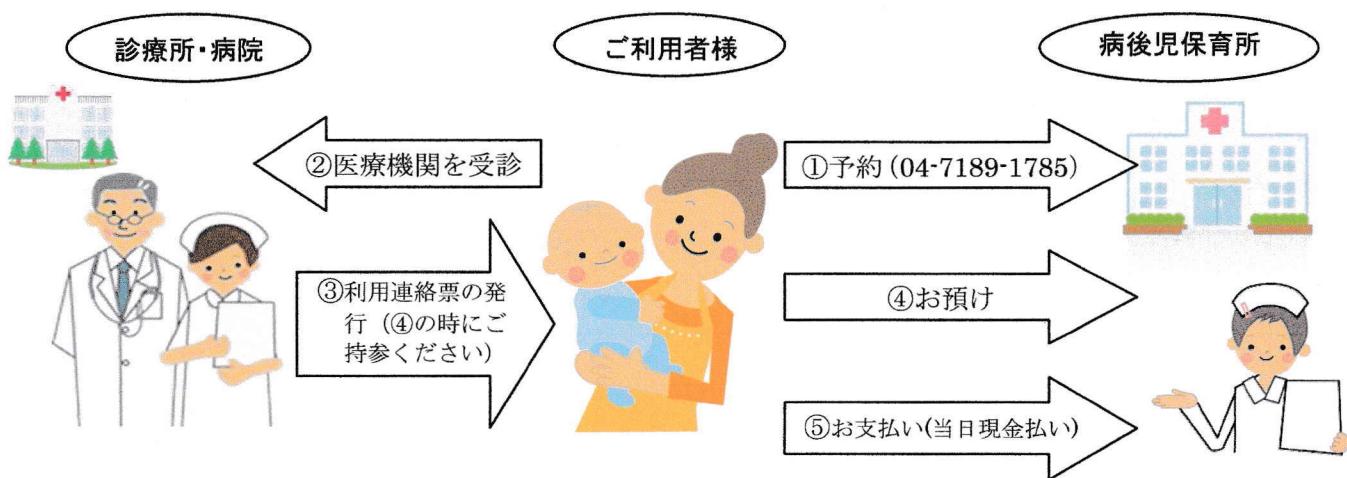
時間 住まい	利用時間(入室～保護者の迎え)まで		キャンセル料
	4時間以内	4時間超	
我孫子市内	2,000円	プラス300円/h	なし ■キャンセルは必ず 当日朝8時までに お願いします。
我孫子市外	3,000円	プラス550円/h	

注:4時間を超えて利用する場合、利用時間に1時間未満の端数が生じたときは、これを切り上げます。

お支払い:利用日のお帰りの際に、現金でお支払いください。一括払いや現金以外の方法では支払えませんのでご注意ください。

④利用手続きの流れ

■連続予約は3日まで



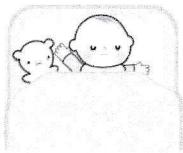
⑤利用当日の持ち物

持参品	チェック	持参品	チェック
1 我孫子市病児・病後児保育所利用連絡票		9 薬(かかりつけ医処方1回毎、市販薬不可)	
2 母子健康手帳		10 薬剤情報提供書(薬の内容がわかるもの)	
3 着替え一式 2組		11 食事用エプロン 1枚(3歳未満児)	
4 紙おむつ(必要時 10枚程度)		12 哺乳瓶(必要なお子さん)	
5 お気に入りのおもちゃ、絵本、ぬいぐるみ等		13 ミルク(飲み慣れているもの 必要分)	
6 ハンドタオル 1枚		14 イオン飲料又は飲み慣れている飲料	
7 バスタオル大きめ 2枚(布団に敷きます)		15 お尻拭き	
8 汚れ物袋(スーパーの袋等)			

※持ち物すべてに記名をお願いします。

※正午以降から利用される場合には、昼食を済ませてからお預けください。

我孫子市病児・病後児保育施設 管理者殿
我孫子市ファミリーサポートセンター事業 提供会員殿



我孫子市病児・病後児保育 利用連絡票

利用申請日	年 月 日
児童氏名	
生年月日	年 月 日(歳 力月)

我孫子市病児・病後児保育の利用について、次の通り連絡します。

【医師記入欄】

病名	
現在の状況	

受診日 年 月 日

医療機関名

主治医氏名

(印)

【保護者記入欄】

現在の投薬処方 (処方箋写しの添付も可)		
体調	体温	(°C)
	機嫌	1 良い 2 普通 3 悪い
	鼻汁	1 多い 2 少ない 3 ない
	咳	1 多い 2 少ない 3 ない
	吐き気	1 なし 2 吐いた(回数: 回 最後に吐いた時期:)
	排便	1 硬い 2 普通 3 軟らかい 4 下痢 (1日の排便回数: 回 最後に排便した時期:)
生活	保育中の留意点	
	習癖(くせ)	
食事	食欲	1 普通 2 あまり食べない 3 全く食べない
	昼食	1 普通食 2 離乳食 3 軽食(下痢時)
	食物アレルギーの有無	1 無 2 有 除去内容()
	牛乳	1 可 (温め要 ・ 温め不要) 2 不可

病児・病後児保育施設で保育する際に他の利用者がいる場合には、病気が感染する可能性があることを承知した上で利用を申請します。

保護者氏名

(印)

*記名押印に代えて署名することができます。

この利用連絡票は、次の期間に医師が記入したものが有効です。また、連続利用は休日を含み7日間を限度とします。

①病児・病後児保育施設を利用する場合: 利用開始日の前2日以内

②ファミリーサポートセンター事業(病児・病後児保育施設の送迎を除く)を利用する場合: 利用開始日の前1日以内

*ファミリーサポートセンター事業提供会員への提出はコピーでも可

与薬依頼票 (保護者記載用)

記入年月日 :

依頼先 保育園名 我孫子市病後児保育所 こどもデイルームみらい	
依頼者 保育者氏名	連絡先 Tel
児童氏名	携帯
男・女	歳 か月 日
主治医 医療機関名 :	Tel
担当医師名 :	Fax
病名 (又は症状)	
① 持参したくすりは 年 月 日に処方された 日分のうち本日分	
② 保管は (○印) 室温・冷蔵庫・その他 ()	
③ くすりの剤型 (○印) 錠剤・粉末・液 (シロップ)・外用薬・その他 ()	
④ くすりの内容 (○印) 抗生素質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 ()	
調剤内容	
⑤ 使用する日時 年 月 日～月 日 午前・午後 時 分 昼食の 分前・ 分後 その他具体的に ()	
⑥ 外用薬などの使用法	
⑦ その他の注意事項	
☆薬剤情報提供書	あり (この文書と一緒にご持参ください)・なし

*「こどもデイルームみらい」記載欄

受領者署名: 受領年月日 :

投与者署名: 投与年月日時刻:

実施状況など:

食物アレルギー疾患届 (保護者記載用)

記入年月日： 年 月 日

依頼先： 我孫子市病後児保育所 こどもデイルームみらい

保護者名：

児童氏名： 男・女 生年月日： 年 月 日

除去を指示された医療機関名：

担当医師名：

TEL:

除去食を必要とした診断名：

具体的な症状：

除去食開始時期： 年 月から

医師より指示された除去食は何ですか？ (該当する食物に○印)

1、 卵

4、 そば

2、 牛乳

5、 ピーナッツ

3、 小麦

6、 その他 ()

※ アナフィラキシー症状の既往 (該当する項目に○)

あり ・ なし

「あり」の場合：原因食物 _____

症状及び対応方法 ()

* 発症年月日 年 月 日

* 「子どもデイルームみらい」記載欄

担当保育士：

受領年月日：

実施状況など：

家庭との連絡票

※太枠内を御記入ください

御利用日: 年 月 日 ()

お子さんのお名前:

年齢(才 ケ月)

家庭での様子		病児・病後児保育室での様子	
体温	前夜: °C (PM :)	°C (:)	°C (:)
	朝: °C (AM :)	°C (:)	°C (:)
鼻汁	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
咳	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
喘鳴	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
嘔吐	前夜: なし・あり (回) 朝: なし・あり (回)	AM: なし・あり (回) PM: なし・あり (回)	
便	硬・普・軟・泥状・水様 (PM 回, AM 回)	硬・普・軟・泥状・水様 (回)	
尿	多い・普通・少ない	多い・普通・少ない	
水分量	前夜: 普通・少量 / 朝: 普通・少量	普通・少量	
食事	夕食: いつも通り・少量・食べない (食べたもの:)	昼食 :	
	朝食: いつも通り・少量・食べない (食べたもの:)	補食 :	
	普段の食欲: よく食べる・普通・小食		
	ミルクの量: 一日 回 / c.c. ずつ	その他	ミルクの量: 回 / c.c.
薬	飲み薬(朝) 内服 / 内服せず	飲み薬	内服 (:) / 内服せず
	外用薬 (塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 / 使用せず	外用薬	(塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 (:) / 使用せず
	解熱剤 使用 (PM・AM :) / 使用せず		
	抗けいれん ダイアップ・その他()		
	薬 使用 (PM・AM :) / 使用せず	その他	
睡眠 (: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠		(: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠	
機嫌 よい・わるい・その他()		よい・わるい・その他()	
安静度 寝かせていた・起きて遊んでいた		寝かせていた・起きて遊んでいた	
子どもの様子			

備考欄