

2022.1.12

病児保育室わたぼうしを利用される方へ

※変更事項

全国および愛媛県内においても新型コロナウイルス感染者が急増してきたことにより、1月12日（水）より、発熱後12時間以内のわたぼうしの預かりを当面中止とします。

また、預かりの際はコロナPCRウイルス検査、抗原迅速検査陰性が確認された児に限らせていただきます。

<診察時間>

◎小児科発熱者外来付近の車内で新型コロナウイルス迅速検査を行います。
発熱後12時間経過してからの検査になります。

○当日受診：8時30分～9時

○前日受診：発熱時は発熱外来時間

午前11時～12時（月～土）

午後3時30分～4時30分（月・金）

※今後のコロナ感染者の増減により、その都度、対応が変更になります。対応が変更になった場合はお知らせします。

2022年1月12日

病児保育室わたぼうし

愛媛生協病院小児科

松山市病児・病後児保育事業

愛媛生協病院 病児保育室

わたぼうし

ご利用の手引き

pixta.jp - 4192750

愛媛生協病院

病児保育室 わたぼうし

松山市来住町 1091-1

Tel:089-961-1307

(2020.12.1)

●病児保育室「わたぼうし」の予約方法

※電話で予約をとっていただきます

- ・前日・当日(受付時間内) 089-961-1307
- ・受付時間 月～金 8:00～17:00
土 8:00～12:00

★予約の際の確認事項★

- ①氏名 ②生年月日 ③電話番号 ④病名と症状
- ⑤昼食注文の有無(アレルギーの有無)
- ⑥利用期間と利用時間 ⑦配慮すること

●利用できる方

- ・松山市・伊予市・東温市・久万高原町・松前町・砥部町在住の、
小学校6年生までの子ども
- ・集団保育は困難だが、症状が安定している者

●利用できない方

※預り中に以下の状況になった場合はお迎えをお願いすることがあります。

- ・発熱の有無にかかわらず、全身状態が不良で、点滴等の医療行為が必要な場合
- ・麻疹・結核・流行性角結膜炎などの感染力が強い感染症の患者

・新型コロナウイルス感染症拡大防止に関連して

- ① 利用児が新型コロナウイルス陽性の診断を受けている場合
- ② 同居家族に新型コロナウイルス陽性者がいる、もしくは陽性者と濃厚接触した方がいる場合
- ③ 利用児、同居家族に2週間以内に感染流行地域に移動や接触がある場合
- ④ 利用児または家族が新型コロナウイルス感染症の発生に伴い休園・休校になっている場合
- ⑤ 同居家族の方が 37.5℃以上の発熱や咳などの風邪症状がある場合
- ⑥ 隔離室で一人で過ごせないお子さん
- ⑦ 保育の際保育者による長時間の抱っこが必要な場合

●利用方法

- ①病児保育室「わたぼうし」または、生協病院小児外来で利用の予約ができます。
- ②利用前に、生協病院小児科外来を受診して、医師の診察が必要です。
- ③利用時には、「登録申請書」を松山市に送付する必要があります。利用を予定している場合は、事前に登録を済ませておくことをお勧めします。
- ④生協病院を受診したことがなく、カルテがない方は、事務手続き上、9時30分頃からの診察になります。

～生協病院小児科外来の診察時間～

午前 9:00～12:00(月～土)

午後 3:00～ 6:00(月・金)

午後 5:00～ 6:00(木)

※当日ご利用の方は、8:30～診察をしています。

※土曜日は、午後の診察はありません。

●病児保育を利用できる曜日・時間

月～金:8:00～18:00

土 :8:00～13:30

※時間の延長はできません。

※日曜日・祝日・お盆・年末年始はお休みです。

●キャンセルについて

必ず、当日の 7:30 までに下記の電話の留守番電話にご連絡下さい。

Tel 089-961-1307

※キャンセル待ちの方へは、8 時以降にキャンセルがあれば、利用可能の連絡をさせていただきます。

※当日キャンセルの多い方、連絡の無い方はキャンセル待ちの方のことを考え、以後ご利用をお断りさせていただくことがあります。

●利用料金

利用した時間にかかわらず、子ども一人当たりの食事代・おやつ代込みの料金になります。

※お弁当を持参された方も同じ料金です。

(1)無料⇒生活保護法による被保護者世帯又は、

市町村民税が非課税である世帯

(2)1000円⇒市町村民税所得割が課税されていない世帯

((1)に該当する世帯を除く)

(3)2000円⇒及び(2)に該当しない世帯

※但し、診察を受け、自己負担が必要な場合は費用が追加されます。

※お迎えの際に「わたぼうし」でのお支払いになりますので、おつりのないようにご準備をお願いします。

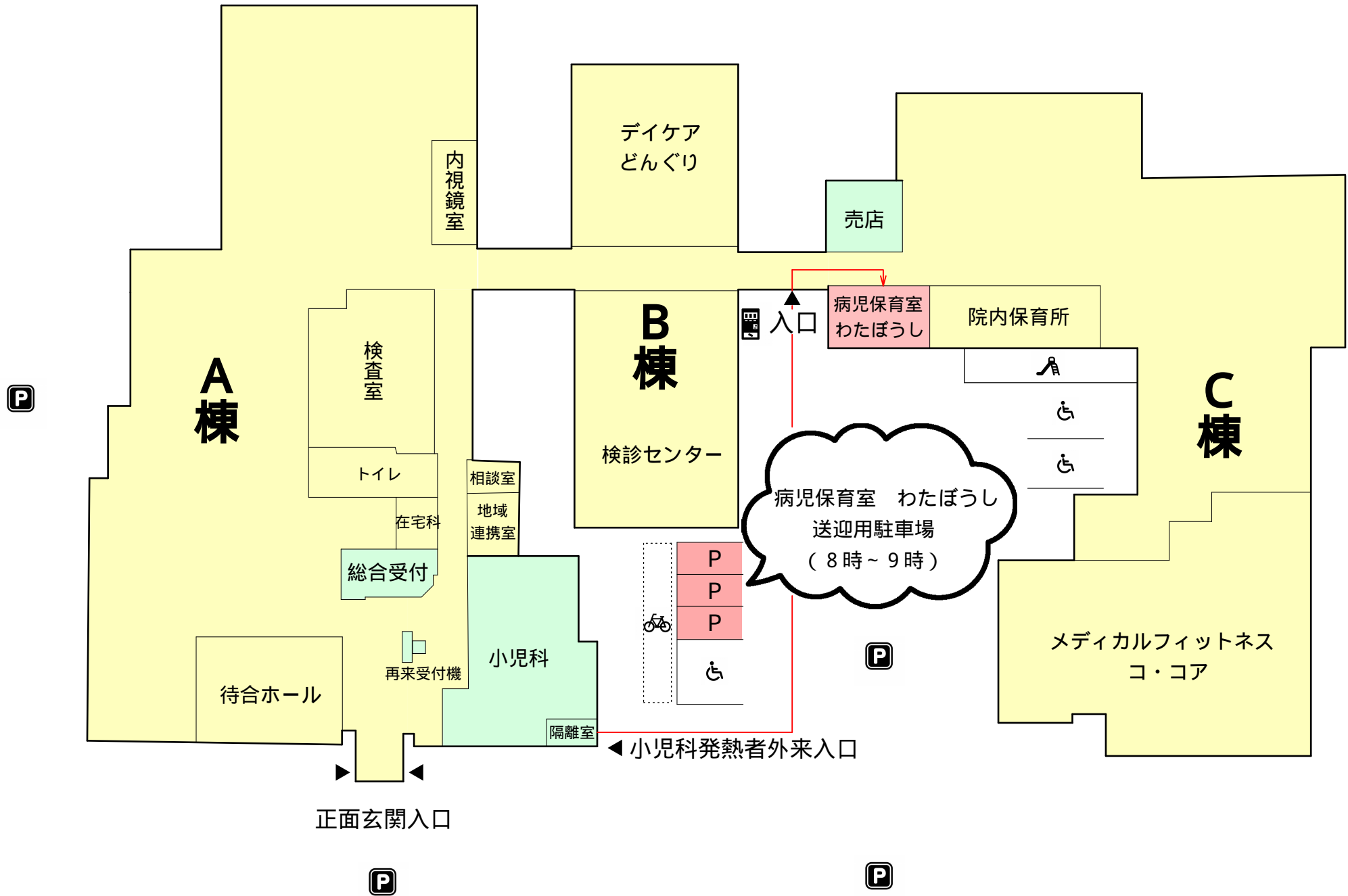
●持ってきていただくもの

- ① 飲み物入りの水筒・ジュース等
- ② お箸・フォーク・スプーン類
- ③ 着替え一式・バスタオル・タオル・ビニール袋
- ④ 薬と薬の内容が分かるもの
あれば解熱剤(飲み薬または坐薬)
- ⑤ お気に入りのおもちゃ・DVDなど
- ⑥ 印鑑・保険証・乳幼児医療受給者証
- ⑦ オムツ・おしりふき
- ⑧ 食事用エプロン・おしぼり
- ⑨ ミルク・哺乳瓶・離乳食
- ⑩ マスク(予備 2～3 枚)

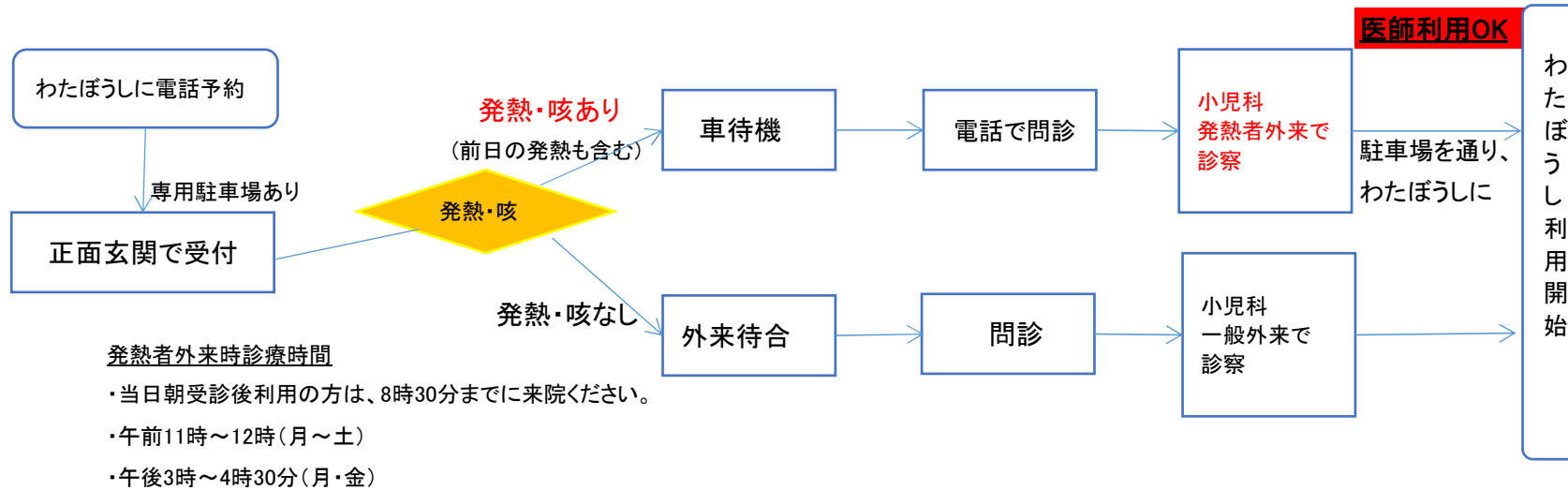
※全ての持ち物にお名前を記入して、持ってきて下さい。

※給食は、鶏卵・牛乳・小麦・ピーナッツ・そば・ゴマ・金属を多く含む食品を除去した給食を提供しています。上記以外のアレルギー対応を要する場合は、弁当・おやつを自宅から持参して下さい。

病児保育室 わたぼうし 案内図



発熱者外来開始における病児保育室わたぼうしの利用方法



・新型コロナウイルス感染症拡大防止による預かり児の変更について

※以下のことに該当する場合はお預りできません。

- ①利用児が新型コロナウイルス陽性の診断を受けている場合
- ②同居家族に新型コロナウイルス陽性者がいるもしくは陽性者と濃厚接触した方がいる場合
- ③利用児、同居家族が2週間以内に感染流行地域への移動や接触がある場合
- ④利用児または家族が新型コロナウイルス感染症の発生に伴い休園・休校になっている場合
- ⑤同居家族(大人)の方が、37.5℃以上の発熱や咳などの風邪症状がある場合
- ⑥隔離室で一人で過ごせないお子さん
- ⑦保育の際、保育者による長時間の抱っこが必要な場合

病児保育室児童票

登録番号:

20 年 月 日記入 ID: _____ 記入者名: _____

ふりがな 氏名		男 女	愛称	生年月日	20 年 月 日 歳 ヶ月	
住所 連絡先	〒 79 - (松山・) 市・町 電話番号 自宅: 089- , 携帯電話:					
保護者	氏名	職業		勤務先	緊急連絡先	
	父	(歳)				
	母	(歳)				
きょうだい	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
保育所(園)・幼稚園・小学校名			電話:			
かかりつけ医 (病院名・医師名)			医師 電話:			
感染症歴	水ぼうそう:	歳 ヶ月	百日咳:	歳 ヶ月	おたふくかぜ:	歳 ヶ月
	B型肝炎:	歳 ヶ月	(キャリアでない・ある)			
	その他:(具体的に)					
予防接種	・ヒブ:(1回目・2回目・3回目・追加)		・小児用肺炎球菌:(1回目・2回目・3回目・追加)			
	・B型肝炎:(1回目・2回目・3回目)		・ロタウイルス:(1回目・2回目・(3回目))			
	・四種混合:(1回目・2回目・3回目・1期追加)		・2期:(DT)			
	〈三種混合(1回目・2回目・3回目・1期追加)〉〈ポリオ(1回目・2回目・3回目・4回目)〉					
	・BCG		MR:(1期・2期)			
	・日本脳炎:(1回目・2回目・1期追加・2期)					
	・水ぼうそう:(1回目・2回目)		・おたふくかぜ:(1回目・2回目)			
これまでの病気	熱性けいれん	なし あり 初回: 歳 ヶ月、最終: 歳 ヶ月 これまでに()回				
	てんかん	なし あり 内服中: YES・NO; 最終発作: 歳 ヶ月				
	気管支喘息	なし あり ・毎日薬を(飲んでる・飲んでいない・発作時だけ) ・毎日吸入を(している・していない・発作時だけ)				
	アトピー性皮膚炎	なし あり 治療は、内服薬()・外用薬()				
	食物アレルギー	なし あり 除去食品:(鶏卵・牛乳・小麦・ピーナッツ・ゴマ・ソバ・金属) その他()				
	その他の病気	川崎病: 歳 ヶ月, 心臓合併症 ない・ある				
	入院の経験	なし あり (歳 ヶ月:病名), (歳 ヶ月:病名)				
常用薬	気管支喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常用している薬があれば記入してください。 ※ 内服時間: ※ 薬の飲ませ方:					
その他	体質(薬剤アレルギー等)・くせ等、心配なこと、配慮してほしいことがあれば記入してください。 特になし 配慮してほしいことがある:					

様式第1号 (第11条関係)

松山市病児・病後児保育利用登録台帳

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日
対象児氏名		年齢	歳 月
通園保育園等名	(電話 —)		
通院病院名	病院 担当医師	(電話 —)	
健康保険証番号	記号 番号	(発行機関)	
ふりがな			
保護者氏名	印 (電話 —)		
保護者住所			
緊急連絡先	1	(電話 —)	
	2	(電話 —)	
既往症 (今までにかかった病気全てに○を付けてください。)			
1. 突発性発疹 2. 麻疹 (はしか) 3. 水痘 (水ぼうそう) 4. 風疹 5. 咽頭結膜熱 (プール熱) 6. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 7. ヘルパンギーナ 8. 百日咳 9. 手足口病 10. 伝染性紅斑 (リンゴ病) 11. 熱性けいれん 12. 川崎病 13. 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) 14. 結核 15. 喘息 16. アトピー性皮膚炎 17. とびひ 18. 湿疹 19. 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・) 20. その他 ()			
アレルギー体質の有無	有 (詳細に) ・ 無		
予防接種 (これまでに受けたもの全てに○を付けてください。)			
1. B.C.G(結核) 2. ポリオ 3. 麻疹 (はしか) 4. 日本脳炎 5. 風疹 6. D.P.T(三種混合) 7. 二種混合 (ジフテリア・破傷風 混合) 8. 水痘 (水ぼうそう) 9. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 10. インフルエンザ 11. MR(麻疹+風疹) 12. その他 ()			
注意してほしい問題点			

病児保育室わたぼうし病状票

____年 ____月 ____日記入

お子様の氏名 _____

ID番号 _____

生年月日 H・R ____年 ____月 ____日生 (____才 ____ヶ月)

体重 (_____) kg

○利用児、同居家族の2週間以内のコロナウイルス感染流行地域への移動や接触
: なし・あり (いつ: _____ 誰が: _____ どこに: _____)

○同居家族 (大人) の発熱、風邪症状: なし・あり (_____)

○現在の体温: (_____ °C) 保護者体温: (_____ °C)

○ **主な症状** ○いつからですか? (_____)

※○印をおつけください。

○発熱: あり (最高 _____ °C : ____月 ____日 ____時) ・なし

解熱剤使用: あり (最終 ____日 ____時使用)

○鼻水: 多い・少ない・ない

○食欲: ない・少ない・普通

○咳: 多い・少ない・ない

○発疹: なし・あり (場所: _____)

○ゼーゼー: あり・なし

○睡眠: 眠れなかった・眠れた

○嘔吐: なし・あり (____回) 最後の嘔吐は ____日 ____時頃

○下痢: なし・あり (____回) (水様・泥状・軟便) 最後の下痢は ____日 ____時頃

○その他: _____



※今回の病気について診察は受けましたか? (受けた・受けていない)

○ **薬**

○持参薬はありますか? (あり・なし)

・薬の時間 (昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ____時)

・薬の種類 (粉薬 ____種類 ・ 水薬 ____種類 ・ その他 ____)

※熱性けいれんがあるお子さん

・けいれん止め使用時間: 1回目 (____日 ____時) 2回目 (____日 ____時)

※解熱剤について

・持参あり ・ なし

・体温 (_____) °C 以上で坐薬名 (_____) を (_____) 個挿入

薬名 (_____) を (_____) 袋・ (_____) 錠 内服

○ **備考**

○保育所や家族など、身近に流行している病気はありますか?

○お迎えの予定時間: ____時 ____分頃 誰が (_____)

※お迎えの時間の変更・お迎えの人が違う場合は必ずご連絡ください。

○緊急連絡先 ※必ず連絡がつく電話番号をご記入ください。

①誰の: _____ 電話番号: _____

②誰の: _____ 電話番号: _____

※ **医師記入欄**

隔離: 要・不要 **処方:** 有 (追加・変更) ・ 無

処置: 有 : 吸入 (AM・PM・お迎え時・ _____) 鼻吸引

坐薬 (_____) 検査 (採血・X-P・その他)

無

様式第2号（第11条関係）

病児・病後児保育利用申請書

年 月 日

（宛先）松山市長

申請者 住所
（保護者） 氏名 印
電話 自宅 （ ）
連絡先 （ ）

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。また、利用料の決定のため、児童と同居する親族の住民登録資料及び個人住民税の課税状況を担当職員が確認し、又は照会することに同意します。

保育園等名				
児童名		男・女	生年月日	年 月 日
利用期間	年 月 日（ ）	～	年 月 日（ ）	
利用施設				
症状				

※ 医師記入欄

診断日	年 月 日	保育の可否	可 ・ 否
診断名			
指示事項			
診断医師名		印	