

病中・病気回復期の乳幼児を お預かりします

市内に住むか市内の保育施設や幼稚園等に通っている乳幼児が、病中または病気回復期にあつて、保護者が就労等の理由で保育が必要になった場合に、お子さんをお預かりして必要な看護や保育を行います。

名称	場所
葵病児・病後児保育室「輝き」	葵区東草深町 8-18 小児科いいやま医院 2 階
駿河病児・病後児保育室「こうのとり」	駿河区敷地一丁目 22 番 23 号
清水病児・病後児保育室「虹いろ」	清水区天神一丁目 11-15 清水待機児童園2階

- 利用時間 平日の午前 8 時 ~ 午後 5 時 30 分
※葵については、平日の午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時

■一日の利用料

所得税課税世帯	1,800 円
所得税非課税世帯 (生活保護世帯、市民税非課税世帯を除く)	800 円
生活保護世帯、市民税非課税世帯	無料

- 利用条件など お預かりできるお子さんの条件、持ち物など詳しくは、別紙「病児・病後児保育事業について」をご覧ください。

- 問 合 せ 葵病児・病後児保育室「輝き」 TEL 054-247-8150
駿河病児・病後児保育室「こうのとり」 TEL 054-204-3737
清水病児・病後児保育室「虹いろ」 TEL 054-363-0899
または静岡市こども園課 TEL054-354-2638 へどうぞ

病児・病後児保育事業について

保護者の子育てと就労の両立を支援するために、病中または病気回復期の児童を預かり、必要な保育や看護を施す事業です。

■利用対象となるお子さま

保護者が就労等の理由で保育が困難な場合であって、静岡市内に居住または市内の認可保育所・認可外保育施設・幼稚園等に通っている乳幼児。

	葵区「輝き」	駿河区「こうのとり」	清水区「虹いろ」
対象年齢	生後56日を経過した日～満12歳		
定員	4名	3名	3名
お預かりできる乳幼児の条件	①安静の確保が必要であり、集団での保育が困難である乳幼児であること。 ②重篤な基礎疾患がないこと。 ③口から水分がとれる状態であること。 ④点滴や入院の必要性がないこと。 ※当日入所したときのお子さまの状態によっては、お預かりできないと判断する場合があります。あらかじめご了承ください。		
感染症について	感染症のお子さまは、お預かりできません。 ただし、清水区「虹いろ」は、麻しん、ノロウイルス・ロタウイルス感染性胃腸炎の診断を受けたお子さま以外はお預かりします。 (※利用児間での感染を防ぐために、ご理解をお願い致します。) 駿河区については、事前にご相談ください。		
電話受付時間	8:00～17:15	8:00～17:30	8:00～17:30 ※時間外は携帯電話で対応します

■利用料

(1人につき1日当たり)

所得税課税世帯	1,800円
所得税非課税世帯 (生活保護世帯、市民税非課税世帯を除く)	800円
生活保護世帯、市民税非課税世帯	無料

■保育時間

平日 午前8時～午後5時30分まで

※葵については、午前8時30分から午後5時まで

■利用にあたり

- ・医師の診察を受け、病気であること、利用可能であることの証明をもらってください。
- ・キャンセルの場合は、キャンセル待ちの方もいる場合があるため、電話かファックスで早急にご連絡ください。

■必要な書類について

- ①「病児・病後児保育事業利用申込書」
 - ②「主治医意見書」(※有効期間は原則 1 週間です。)
 - ③「静岡市病児・病後児保育事業与薬依頼書」
 - ④「同意書」(保護者用)(※有効期間は 1 年間ですが、年度毎の更新が必要です)
- ※その他の必要な持ち物は、別紙をご覧ください。

■ご利用までの流れ

(1) 病児・病後児保育室に、利用が可能かどうか確認します。

①事前に利用希望日に利用が可能かどうか、確認をお願いします。各施設の利用定員には制限がありますので、定員を超える利用の希望があった場合には利用できないことがあります。



(2) かかりつけ医の診察を受けて、病後児保育利用にあたっての意見を聴きます。
利用可能であれば、『主治医意見書』を医師に記入してもらいます。

①書類は、静岡市役所ホームページより「病児・病後児保育事業について」をダウンロードし、印刷してください。

また、病児・病後児保育室にも用意してあります。

書類をご準備し、受診をお願いします。

②『主治医意見書』を医師に記入してもらうにあたり、料金がかかります。

(料金は、各医療施設により異なります)

③『主治医意見書』の有効期限は、原則 1 週間です。



(3) 利用当日、必要書類を記入し提出します。

①『主治医意見書』、『病児・病後児保育事業利用申込書』、『静岡市病児・病後児保育事業与薬依頼書』(与薬が必要な場合)、『同意書』(初回利用時のみ提出。ただし、年度毎更新が必要になります。))を、ご提出ください。

■申込先

- | | | |
|---------------------|-------------|--------------|
| ○葵病児・病後児保育室「輝き」 | 電話 (FAX 共通) | 054-247-8150 |
| ○駿河病児・病後児保育室「こうのとりの | 電話 | 054-204-3737 |
| | FAX | 054-236-0773 |
| ○清水病児・病後児保育室「虹いろ」 | 電話 (FAX 共通) | 054-363-0899 |

持ち物

- ★健康保険証（コピー）… 原則 1 年間有効ですが、更新が必要です。
 - ★母子健康手帳
 - ★乳幼児医療受給者証
 - ★午睡用バスタオル（シーツとして使用します）
 - ★フェイスタオル（顔や身体を拭くために使用します）
 - ★着替え一式… 2～3 組（状態の応じて多めにお願いします）
 - ★パジャマ… 1 組
 - ★スーパーのビニール袋… 2～3 枚（使用後のオムツを二重にして入れます。お持ち帰りをお願いします。）
 - ★ビニール袋 2～3 枚… （服などの汚れものを入れます）
 - ★愛用の玩具など
 - ★お薬がある場合は、1 回分のお薬…与薬依頼書、薬剤情報提供用紙を添付してください。
 - ★利用料… 入室時にいただきます。おつりの無いようにお願いします。
 - ★お弁当… 準備できない場合はレトルト食品等を用意します。（別途 200 円いただきます）
 - ★食物アレルギーのあるお子さんは、お弁当とおやつをご持参ください。
 - ★水筒… 麦茶や白湯（一度沸騰させて冷ましたお湯）、お茶などお子様の飲めるものをご用意ください。
 - ★マスク… 咳がひどい場合
- ※乳児の場合は上記に加えて
- ★紙おむつ… 1 日 6～8 枚
 - ★おしりナップ
 - ★食事用エプロン
 - ★ミルク
 - ★哺乳瓶

様式第1号（第9条関係）

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住所

申請者 氏名

㊞

（保護者） 電話番号

緊急連絡先

病児・病後児保育事業を利用したいので、静岡市病児・病後児保育事業実施要領第9条の規定により次のとおり申し込みます。

フリガナ		性別	男 女
病児・病後児の氏名			
病児・病後児の生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
利用予定期間	年 月 日から 年 月 日（ 日間）		
病児・病後児の 疾病の状態	現在の症状（該当するものに○を付けてください。）		
	発熱・発しん・せき・鼻水・喉の痛み・腹痛・下痢 吐き気・食欲低下・頭痛・目やに・その他（ ）		
	与薬依頼の有無	有 ・ 無	
病児・病後児の 過去の疾病等	該当するものに○を付し、必要事項を記入してください。 1 入院（いつ： ） （病名： ） 2 アレルギー 有 ・ 無 ぜん息 ・ 皮膚のトラブル ・ その他（ ） 3 ひきつけ 4 その他（ ）		
備考			

様式第2号（第9条関係）

主治医意見書

年 月 日

（宛先）静岡市長

医療機関 所在地 _____

医療機関 名称 _____

担当医名 _____

電話番号 _____

次の者は診察の結果、病児・病後児保育事業の利用が可能です。

氏名		性別	男・女
病名			
現在の 与薬処方	処方 内容	薬品名	用量
保育上の 留意点	<p>1. 室内安静（絶対安静、他児との静かな遊びは可）</p> <p>2. 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい。）</p> <p>3. その他</p> <p>※ この意見書の有効期限は、1週間です。</p>		

同意書

年 月 日

(宛先) 静岡市長

静岡市病児・病後児保育の利用料の決定のため、静岡市が保有する利用児及び利用児の属する世帯の構成員の市民税課税台帳、課税資料及び生活保護法による被保護世帯に関する資料の閲覧及び使用に同意します。

申請者 氏名		続柄	
利用児 氏名		年 月 日生	
利用児 住所	静岡市		
同意者名 (全世帯員)	続柄	氏名	
	父		印
	母		印
			印
			印
			印
			印

※同意者氏名は、利用児を除く全世帯員分記入してください。

※本同意書により閲覧する市民税課税台帳、課税資料及び生活保護法による被保護世帯に関する情報は、静岡市病児・病後児保育の利用料の決定のため使用し、他の目的での使用はいたしません。

※この同意書は1年間有効ですが、年度での更新が必要です。

同意書及び聞き取り票

保育中に病状が悪化し、病児・病後児保育室での保育継続が困難と考えられる場合は、緊急連絡先に連絡し、お迎えの要請をします。また、急を要する場合は、病児・病後児保育室の担当者が小児科いいやま医院に連れて行きます。このことについて同意します。

同意者 氏名 _____

年 月 日

病児の氏名 _____

園名(公・私) _____

★ 解熱剤等の屯用薬の使用は、緊急連絡先への連絡後になります。
必ず連絡が取れるようにしてください。

体温 昨夜 _____ °C 今朝 _____ °C (:)
症状 発熱 咳 鼻水 下痢 嘔吐
その他 ()
排泄 最終排便 _____ 日 最終排尿 _____ 時刻 (:)
便性状 水様便 ・ 軟便 ・ 普通便
食欲 いつも通り 全くない いつもより少ない
朝食の内容 ()
睡眠 よく眠った あまり眠れなかった 眠れなかった
解熱剤使用の有無 使用していない 使用(_____ 日 時刻 :)
水分摂取の方法 コップ ストロー 哺乳瓶 その他(_____)
食事の方法 お箸 スプーン フォーク 手掴み その他(_____)

病児病後児室に依頼したい薬

解熱剤 座薬 内服薬 使用方法 体温 _____ °C以上 (_____ 時間あける)
その他 整腸剤
風邪薬 (咳止め等)
ぬり薬 部位(_____)
飲み方 昼食後 (1包 ・ 2包) その他 (_____)
お迎え 続柄(_____) 時刻(_____ : _____)
電話番号 ① _____ ② _____
弁当持参の有無 有 レトルト食を希望