

# 頑張るあなたの子育てを応援します

子どもは新しい環境や緊張から熱を出したり、体調不良になったりするものです。成長と共に、身体は強くなりいつの間にか熱を出さなくなってきます。あなたの子育ての応援として病児保育室との連携、費用の補助を行っています。

## 提携病児保育室のご紹介：もみの木医院 病児保育室



(住所)	大和市大和南2-6-5 (もみの木医院2F)		
(電話)	046-261-6164		
(利用時間)	8:30~18:30		
(保育対象)	生後6か月から小学6年生		
(利用可能日)	月~金 (土日祝休・夏季休業・年末年始休日)		
(利用料金)	1日2,000円 + 食事代300円	※その他詳細裏面	

### ～ 「病児保育室費用補助」 制度概要 ～

【条件】 ※すべて満たす方

- ・通常4時間以上の勤務がある者。(休憩・移動時間除く)
- ・出社時間30分前までに病児保育室を利用する事、出社予定時間を管理者へ連絡すること。
- ・病児保育への送迎時間を除き通常通りの勤務を行うこと。
- ・病児保育室を利用したことの証明ができる書類(領収書等)を管理者に提出すること。

【補助額】

- ・利用料金全額 ※交通費及び食事代除く。

【支払方法】

- ・翌月給与に手当として支給。



# もみの木医院 病児保育室 ご利用案内

2018.11 更新

もみの木医院 病児保育室は、病気で集団生活ができなくなったお子様をお預かりする保育室です。  
保育士・看護師・医師等スタッフは、病気で不安な思いをしているお子様が快適な一日を過ごせるよう心がけ、お世話をさせていただきます。

## \*ご利用方法\*

- ①初回のみ登録をお願いいたします。  
(利用当日でも登録できますが、書類記入等時間がかかりますので事前に登録されることをお勧めします。)
- ②当日 8：00 より電話予約を受け付けます。 ☎046-261-6164
- ③院長の診察を受けてからの入室となります。  
(病児保育室専用の診察時間 8：30～9：00)

\*年齢\*  
0才～小学6年生

\*時間\*  
月曜日～金曜日 8：30～18：30  
※土日・祝日・医院の休日(年末年始、夏季休暇)はご利用できません

\*料金\*  
一回 2,000円 (減免制度有り)

## \*食事\*

病状に合わせた、お弁当・離乳食・ミルクをご持参ください。  
※お持ちできない場合こちらでご用意いたしますが、その場合は給食代として3,000円いただきます。  
※おやつ・飲み物・エプロン・食具はこちらでご用意いたします。  
※アレルギー等で食事制限がある場合、お弁当・おやつは必ずお持ちください

## \*持ち物\*

《必ずお持ちいただくもの》  
・健康保険証 ・診察券 ・着替え3組程度(下着類含む)  
《必要に応じてお持ちいただくもの》  
・乳児医療証 ・お薬手帳 ・服用中の薬  
・お弁当 ・離乳食 ・ミルク(一回分ずつにカサケ) ・哺乳瓶  
・スライ ・おむつ ・おしり拭き  
※持ち物のすべてに記名をお願いいたします。

## \*お迎え\*

身分証明書(健康保険証、運転免許証等)をご提示ください。  
なるべく18：00頃までにお願いたします。  
時間等変更がある場合はご連絡ください。

## \*感染予防\*

アルコールエソザ・水ぼうそう・おたふくは別に部屋を設けております。  
※細心の注意を払って保育いたしますが、何らかの原因で他の病気に感染することもある旨をご了承願います。

ご不明な点・質問等ございましたらお気軽にスタッフまでご連絡ください。

もみの木医院 病児保育室  
大和市大和南2-6-5(2階)  
☎046-261-6164  
www.mominokiclinic.com

# もみの木医院 病児保育室 登録用紙

		平成		年	月	日
登録児童	児童氏名			愛称	性別	生年月日
	ふりがな				男・女	平成 年 月 日
						平熱
						℃
自宅住所				登録済みのご兄弟名(続柄)		
通園・通学施設名				市	保育園	幼稚園
				小学校	(認可・認可外)	
保護者	保護者氏名		続柄	勤務先名称		
	携帯Tel					
	E-mail					
	携帯Tel					
予防接種	これまで受けた予防接種に✓と【 】内の回数に○をつけてください					
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹混合)				
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ【最近受けたのは	年	月			
既往歴	今までにかかった病気に✓と【 】内の内容に○をつけてください					
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう				
	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ				
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎				
<input type="checkbox"/> 気管支喘息	【薬の服用: 毎日 不調時のみ】	<input type="checkbox"/> てんかん	【薬の名前:			
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん【最後:	年 月、	これまで	回、	座薬の指示 有 無 (目安体温	℃)】	
入院	入院経験がある場合、入院時の年齢と病名をお書きください					
	<input type="checkbox"/> ない					
<input type="checkbox"/> ある	【	歳	ヶ月、	病名:	】	
<input type="checkbox"/> ある	【	歳	ヶ月、	病名:	】	
薬	常時内服している薬がある場合、具体的にお書きください					
	<input type="checkbox"/> ない					
<input type="checkbox"/> ある	【 具体的に:					
その他	心配なこと、配慮してほしいこと、好きなこと(遊び・キャラクター等)についてお書きください					
	薬の飲み方	<input type="checkbox"/> 水溶き	<input type="checkbox"/> スポイト	<input type="checkbox"/> 粉のまま	<input type="checkbox"/> その他( )	
	薬樹薬局光が丘の利用	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可			
食物、薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )				
卵を含むおやつ(1歳未満のお子様)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
薬の変更や追加、点滴、採血等の処置が必要になった場合	<input type="checkbox"/> 事前連絡	<input type="checkbox"/> 事後報告				
メール配信(お昼頃にお子様の状況をお知らせしています)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要				



