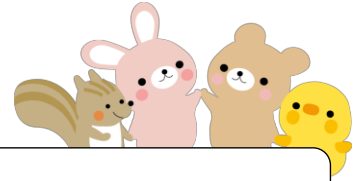


保護者の皆さんへ

発熱や下痢、嘔吐などで、お子さんの具合が急に悪くなると、保育園や他の方にお預けするというわけにはいかなくなります。また、一旦預かっていただいても、途中で呼び出しを受けてしまう事もしばしば経験されている事と思います。

そんなお父さんやお母さんも安心してお子さんを預けることができるサービスが「小児デイケア」（病児・病後児保育）です。入院するほど重病ではないけれど、保育園などでは預かる事が出来ない場合、お子さんの保育と看病を行います。



①ご利用の手順 詳しくはお電話にてお問い合わせください。

対象年齢：4か月～小学生（低学年）まで ※相談に応じます

(1)お電話にて、「小児デイケア」を利用したい日程を伝えて下さい。

098-898-2133 ダイヤルイン番号 327 (電話対応 9時～17時)

(2)かかりつけの小児科医（クリニック）の診察を受けてください。

その際、小児科医に【利用申込書】を記入依頼して下さい。

書類はホームページよりダウンロード可能です。

(3)利用当日は海邦病院 受付にお越しください。

※初回時は書類の確認、お子様の症状確認後からの利用となります。

時間にゆとりをもってお越しください。

(4)スタッフが【利用申込書】と【利用登録書・同意書】を確認します。

確認した上で、お子さんをお預かりします。

(5)予約のキャンセルは、9時までに必ず電話連絡をお願いします。

次のキャンセル待ちの方へつなぎます。

○サービス利用時間 月～金曜日 8時30分～17時30分（お迎えは17時20分まで）

○休日：土・日・祝、年末年始は利用できません

○利用料金（税込）市内の方→¥2,500円、市外の方→¥3,500円

②ご用意していただくもの

- 利用申込書（記入した物） ●利用登録書・同意書 ●保険証・母子手帳・印鑑
- 服用中の薬・解熱剤〈お薬手帳〉 ●ミルク ●タオル(小) ●保育園のおたより帳
- おむつ(多めに) ●衣服→上下3枚以上(着脱のしやすいもの) ●汚れ物入れ袋

利用心得

☆ご利用の際は、かかりつけの小児科医により【利用申込書】をご記入頂き、提出が必要です。

症状が安定している際は、継続して4日間(初日含む)の利用が可能です。

お子様の状態や症状の変化により、お迎えが必要となる場合があります。

☆インフルエンザなどの感染症や受入人数により、受入が出来ない場合があります。

☆完治証明、登園・登校許可証などの発行はできません。



海邦病院 小児デイケア 電話対応：月～金 9時～17時

(098)898-2133⇒ダイヤルイン327 住所：宜野湾市真志喜 2-23-5

海邦病院 代表 098-898-2111

利用申込書

201905

【保護者記入欄】

ご利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで		
乳幼児氏名	(男・女) 愛称	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
所属保育所・幼稚園・小学校名			
保護者氏名	続柄 ()	記載者が保護者以外の場合	氏名 続柄 ()
緊急連絡先 ※①②違う番号	①氏名 (続柄:)	TEL: 携帯・自宅・勤務先	()
	②氏名 (続柄:)	TEL: 携帯・自宅・勤務先	()
<p>【主な症状】 ※必ず記入して下さい。</p> <p style="text-align: center;">記入のない症状が認められた場合再度診察をお願いすることがあります</p> <p>* 症状に○をつけて下さい 咳・鼻水・ゼーゼー・下痢・嘔吐・発疹・その他 ()</p> <p>* 発熱 (無・有) いつからですか? ____月 ____日 ____時頃 ____℃</p> <p style="padding-left: 40px;">最高: ____月 ____日 ____時頃 ____℃)</p> <p>* 熱さまし使用 無・有 最終使用時間 ____月 ____日 ____時頃 ____℃)</p> <p>* 症状はいつからですか? (下痢・嘔吐は回数も詳しく記入お願いします)</p> <p style="padding-left: 40px;">()</p> <p>* 食物・薬品アレルギー 無・有 (食材名: _____ 薬品名: _____)</p> <p>* かった事のある病気 おたふく風邪・水痘・麻疹(はしか)・風疹・熱性けいれん・その他 ()</p> <p>* 現在治療中の病気 無・有 病名: _____)</p> <p>★ご家族から伝えたい事★ お子様の特徴、くせ、性格等、伝えたいことがあればご記入ください。</p>			

【医師記入欄】

病 名			
隔離の要否	必 要 ・ 不 要		
	※隔離が必要な場合、診察医から保護者の方へ説明をお願いします		
療養上の注意点			
医 師 の 指 示 事 項	発熱時の対応等) 自宅にある解熱剤を使用する場合も記入をお願いします		
	薬品名: _____	量: _____ mg	個 (____℃以上にて使用)
	その他: _____		
	処方薬について) 無・有 処方日 ____月 ____日)		
	継続薬: 無・有 (____月 ____日処方分)		
	他院よりの継続薬) 無・有		
病院名: _____		備考: _____)	
その他、指示事項) (※吸入指示の場合吸入液の持参が必要です。処方の確認をお願いします)			
病児・病後児保育 (小児デイケア室) 利用について、上記のとおり連絡いたします。			
受診日	年 月 日	医療機関名 _____	
※記入日を含めた4日間有効		所在地 _____	
		電話番号 _____	
		医師名 _____	印 _____

(保護者の方へ)

隔離が必要な場合受入れが出来ない事があります。受診後に受入れの確認をしてください。

【見本】 利用申込書

201905

【保護者記入欄】

ご利用希望期間	2019年4月1日～2019年4月4日まで		
乳幼児氏名	○○○○○ (男) 女 愛称	生年月日	H30年1月1日 (1歳3ヶ月)
所属保育所・幼稚園・小学校名	○○○保育園		
保護者氏名	○○○○○ 続柄 (父)	記載者が保護者以外の場合	
緊急連絡先 ※①②違う番号	①氏名 ○○○○○ (続柄: 母)	TEL: 携帯・自宅・勤務先	(000-0000-0000)
	②氏名 ○○会社○○課 (続柄: 母)	TEL: 携帯・自宅・勤務先	(000-0000)
<p>【主な症状】 ※必ず記入して下さい。</p> <p>記入のない症状が認められた場合再度診察をお願いすることがあります。</p> <p>* 症状に○をつけて下さい (咳) (鼻水) (ゼーゼー) (下痢) (嘔吐) (発疹) (その他 ())</p> <p>* 発熱 無 (有) いつからですか? 3月30日 20時頃 39.3℃ 最高: 3月30日 20時頃 39.3℃)</p> <p>* 熱さまし使用 無 (有) 最終使用時間 3月31日 0時頃 39.3℃)</p> <p>* 症状はいつからですか? (下痢・嘔吐は回数も詳しく記入お願いします) (咳は2.3日前～ 鼻水は1週間前～ 下痢は3/31～1日5～6回 水分を摂ってもすぐ便が出る)</p> <p>* 食物・薬品アレルギー 無 (有) (食材名: 卵 薬品名:)</p> <p>* かかった事のある病気 おたふく風邪・水痘・麻疹(はしか)・風疹・熱性けいれん・その他 ()</p> <p>* 現在治療中の病気 無 (有) 病名: 喘息)</p> <p>★ご家族から伝えたい事★ お子様の特徴、くせ、性格等、伝えたいことがあればご記入ください。</p>			

【医師記入欄】

病名	急性胃腸炎		
隔離の可否	必要 () ・不要 () ※隔離が必要な場合、診察医から保護者の方へ説明をお願いします		
療養上の注意点	おしりのかぶれがひどい時は軟膏を塗って様子を見て下さい		
医師の指示事項	発熱時の対応等) 自宅にある解熱剤を使用する場合も記入をお願いします		
	薬品名:	アンヒバ坐剤	量: 100ng 1個 (38.5℃以上にて使用)
	その他:		
	処方薬について)	無 (有) 処方日 4月 1日)	
	継続薬:	無 (有) (3月 30日処方分 整腸剤)	
	他院よりの継続薬)	無 (有)	
病院名:	△△クリニック	備考:	メプチン吸入液)
その他、指示事項) (※吸入指示の場合吸入液の持参が必要です。処方の確認をお願いします)			
咳がひどい時は適宜吸入をお願いします (1日3回まで)			
病児・病後児保育 (小児デイケア室) 利用について、上記のとおり連絡いたします。			
受診日	2019年4月1日	医療機関名	○○小児科
※記入日を含めた4日間有効		所在地	○○○○1-1-1
		電話番号	000-00000
		医師名	○○○○ (印)

保護者の方へ)

隔離が必要な場合受入れが出来ない事があります。受診後に受入れの確認をしてください。

利用登録書・同意書

この同意書は記入日より6ヶ月有効とします。記載内容に変更があった場合は申し出下さい。

1. 小児デイケア‘海邦病院’に預けるお子様 記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏名		男 女	年 月 日 (才 か月)
第1子 ・ 第2子 ・ 第3子 ・ 第()子			

2. 保護者

フリガナ	
氏名	
住所	
電話	— —

3. 緊急連絡先 (連絡がとれる方の記入をお願いします) ※保護者の場合は記入不要

フリガナ		
氏名 (職場の場合 職場名を記入)	① 続柄()	② 続柄()
電話		

4. 送迎人の登録 ※保護者以外の方が送迎する場合記入下さい。

氏名	
電話	— — ファミリーサポート・続柄()

※ お迎え時署名を必要とします。予めご登録された方のみ、お子様を引き渡します。

5. 同意書

お預かりしたお子様の容態が悪くなり治療が必要となった場合は、利用者(保護者)に連絡することを原則として います。お子様の状態により緊急性があると看護師が判断した場合には保護者への連絡し、すみやかにお子様 のお迎えをお願い致します。		
以上、上記内容について同意いたします。	署名	印