

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。

そんなおとうさんやおかあ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 (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。

(3)海邦病院 受付にお越しください。

【利用申込書】と【小児デイケア利用登録申請・同意書】を確認します。書類はホームページよりダウンロード可能です。

(4)スタッフが確認した上で、お子さんをお預かりします。

(5) **予約のキャンセルは、8:30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～17時30分（お迎えは17時20分まで）  
土曜日 13時まで

※初回利用時は、9時以降が受入時間となります。保護者が記載する書類等がありますので事前に取りに来て頂くか、当日はゆとりをもってお越しください。

○休日 日・祝、年末年始

○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

- 保険証・母子手帳・印鑑 ●服用中の薬 ●ミルク ●タオル(小) ●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～土 9時～17時※土曜日は12時まで

(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

**【見本】**

小児デイケア入室申込書

【保護者記入欄】

ご利用希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
乳幼児氏名	(男・女) 愛称	生年月日	平成 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 ※①・②違う方	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	( )
〈主な症状〉(できるだけ詳しくご記入ください)			
* 症状はいつからですか? ( 月 日 時頃)			
* 症状に○をつけて下さい 咳・鼻水・ゼーゼ・下痢・嘔吐・発疹・その他( )			
* 発熱 無・有 (最高: 月 日 時頃 度 分)			
* 熱さまし使用 無・有 (最終使用時間 月 日 時頃 度 分)			
* 食物アレルギー 無・有 (食材名: )			
* 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( )			
* 現在治療中の病気 無・有 (病名: )			
★家族からの伝言★ お子様の特徴、くせ、性格等、また小児デイケア室に伝えたいことがあればご記入ください。 ( )			

※記入のない症状がみとめられた場合は  
もう一度診察をお願いいたします

【医師記入欄】

病名 (右記へ直接記入)			
隔離の要否	必要・不要		
療養上の注意点 (右記へ直接記入)			
医師の 指示事項	〈発熱時の対応等〉 ※家にある解熱剤を持参する時はお薬手帳も一緒に持参		
	薬品名:	量:	mg 個 ( °C以上にて使用)
	その他:		
	〈与薬について〉 無・有(処方日 日 処方(薬剤処方情報提供書))		
	継続薬: 無・有( 月 日よりの		
	〈他院よりの継続薬〉 無・有(病院名: 薬品系: )		
〈その他、指示事項〉			
吸入・吸引(鼻水)指示を記入(※吸入液の持参をお願いします)			
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	平成 年 月 日	医療機関名	
		所在地	
※記入日を含めた4日間有効		電話番号	
		医師名	印

※記入がない場合、お薬手帳の持参をお願いします

## 小児デイケア入室申込書

**【保護者記入欄】**

ご利用希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
乳幼児氏名	(男・女) 愛称	生年月日	平成 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 ※①・②違う方	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	( )

〈主な症状〉(できるだけ詳しくご記入ください)

\* 症状はいつからですか? ( 月 日 時頃)

\* 症状に○をつけて下さい 咳・鼻水・ゼーゼ・下痢・嘔吐・発疹・その他( )

\* 発熱 無・有 (最高: 月 日 時頃 度 分)

\* 熱さまし使用 無・有 (最終使用時間 月 日 時頃 度 分)

\* 食物アレルギー 無・有 (食材名: )

\* 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( )

\* 現在治療中の病気 無・有 (病名: )

★ご家族から伝えたい事★ お子様の特徴、くせ、性格等、また小児デイケア室に伝えたいことがあればご記入ください  
( )

**【医師記入欄】**

病名 (右記へ直接記入)	
隔離の要否	必要・不要
療養上の注意点 (右記へ直接記入)	
医師の 指示事項	〈発熱時の対応等〉
	薬品名: 量: mg 個 ( °C以上にて使用)
	その他:
	〈与薬について〉 無・有(処方日 日 処方(薬剤処方情報提供書)
	継続薬: 無・有( 月 日よりの
	〈他院よりの継続薬〉 無・有(病院名: 薬品系: )
〈その他、指示事項〉	

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 平成 年 月 日	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	医師名	印