

函南平出クリニック小児科 ペンギン病児保育室

定 員	9名	対 象	6ヶ月～10歳未満までのお子さま
-----	----	-----	------------------

対 象 者 発熱・下痢・咳・学校指定伝染病等がある病児。
ただし、病児の保護者が仕事や病気、出産等で病児の保育ができなくて、他に保育を行う人がいない場合。かつ、月齢・年齢相応の予防注射が済んでいるお子さまとなります。

保 育 時 間 月曜～金曜日(ただし祝日は除く) 午前8時30分～午後5時30分まで
※入室前・退室後に医師による診察(保険診療)を行います。(1日2回の診察となります。)
※外来が混み合っている時は、診察までに時間がかかる事がありますので、ご了承下さい。
※初めてのご利用時には、多少受け入れ時に時間がかかる場合があります。(日頃の様子を伺う為)
※地震等の災害時(電話連絡が不能になった時)には、お子さまのお迎えをお願い致します。

利 用 料 金 函南町民・伊豆の国市民・三島市民・三島市の認可保育園に通園している園児は**無料**
(その他の方は1日2,000円)

予 約 方 法 ご利用になる前日に病院へお電話下さい。
函南平出クリニック小児科 TEL055-978-1366

※ご予約後キャンセルする場合は、当日午前7時45分～午前8時の間に**必ず**お電話下さい。
(キャンセル待ちの方もおりますので、時間内にお電話がない時はキャンセル料をいただく場合がございます。)
※当日定員に空きがあれば、朝8時からお電話にてお受けいたします。

登録の方法 直接ご来院の上、**事前に登録票の提出が必要です。《当日登録不可》**

その際、保護者の方(送り迎えにみえる方)とお子さまと一緒に写った写真、健康保険証、診察券、
こども医療費受給者証、母子手帳、勤務先住所と連絡先が必要となりますので、ご用意下さい。
登録用紙は、受付にあります。なお、登録は無料です。

- * 写真提出は、お子さまの引き渡しの際の確認の為です。
- * 写真は、スナップ写真サイズで、プリクラや加工してある写真はお控え下さい。
また、登録・更新時近くに撮影したものをご用意下さい。
- * なお、登録後の更新は、学年が上がる4月に毎年行っていただきます。
(写真も、毎年、新しいものをご用意下さい。)

※連続して保育室をご利用できるのは7日間です。
例)月火水木金月火 (土・日・祝日は含まず)

当日の持ち物

【受付に提出する物】

- 健康保険証 ・ 診察券 ・ こども医療費受給者証

【かばんの中に用意する物】

- 印鑑（函南町民・三島市民・三島市の認可保育園に通園している園児）
- 母子手帳
- お薬手帳（最新の内容がわかるものをご用意下さい）
- お薬
 - ※ご自宅での内服時、ヨーグルトやゼリーを使用している場合は、同じようにお持ち下さい。
- 食事（お弁当・おやつ・飲み物・ミルクなど）
 - ※ミルクの方は、哺乳瓶もお持ち下さい。 ※マグマグがある方は、ご用意下さい。
 - ※使い慣れたスプーン・フォーク・箸をお持ち下さい。（ビニール袋などのケースに入れて）
 - ※レトルト食品の場合、タッパーなど耐熱容器も別でお持ち下さい。
- おしぼり（ハンドタオル） 1枚
- フェイスタオル 1枚
- エプロン（食事の時、使用します）
- よだれかけ ※よだれが多い場合は、多めにお持ち下さい。
- コップ
- ティッシュ 1箱
- 着替え 3組
- 下着（シャツ3枚・パンツ3枚）
- オムツ 10枚 ※年齢に関わらず、夜間オムツ着用・下痢している場合はお持ち下さい。
- お尻ふき
- ビニール袋（大3枚・小3枚） ※記名を忘れずをお願いします。（汚れ物などを入れます）
- バスタオル1枚（お昼寝用）
- おねしょシート ※ご自宅にお持ちの方。

お問い合わせはお気軽に、
当院スタッフにお尋ね下さい。



☆持ち物すべてにお名前を記入して下さい。

- ※おやつにも1つ1つ、オムツは1枚1枚に記名して下さい。 ※靴にも忘れずをお願いします。
- ※すべての荷物を入れてくるかばんにも、名札などで記名をお願いします。
- ※タオル・バスタオル・エプロンは、汗やよだれも拭きますので**毎回**お洗濯した物をお持ち下さい。

お薬 ☆今回処方されている薬を袋ごと全てお持ち下さい。

※当日保育室で服用する薬のみ、フルネーム（ひらがな）で記名してきて下さい。

☆朝の分は（内服薬・点眼・ぬり薬など）、必ずご自宅で済ませてきて下さい。

食事 ☆病状に合わせて、お子さまが食べられる内容のものをご家庭で用意してお持ち下さい。

例）嘔吐・下痢→おかゆ・やわらかいうどん・ゼリー・ラムネ・バナナ・りんごなど

消化に良いものをお持ち下さい。

☆水分は、多めにご用意下さい。

※高熱時には、子ども用ポカリスエットなどのイオン水、

食事用には、麦茶などのお茶類をおすすめします。

着替え ☆嘔吐・下痢などの症状がある時は、上記の枚数より多めにご用意下さい。

送り迎えにみえる方は、その日のお子さんの症状や内服しているお薬のことなど、内容の把握をお願いします。（日頃接していないおじいちゃん・おばあちゃんがみえる場合など）

ペンギン保育室（病児保育）登録票

【縦写真枠】

【写 真】

登録日：20 年 月 日
(R 年)

登録番号

カルテ番号 社・国

※【利用されるお子さま・送迎される保護者の方】が
写っている最近撮影した写真を下記に気を付けてご用意下さい。

- ・ 枠内に入るサイズの写真
- ・ 顔がはっきりとわかる写真

(プリクラや加工してある写真はお控えください。)

【横写真枠】

登 録 児 童	児 童 氏 名		愛 称	性 別	生 年 月 日	
	ふりがな			男・女	(H ・ R 年)	
					2 0 年 月 日	
	(〒 —)					
	自 宅 住 所：					
	電 話 番 号：		()	自 宅 F A X：		()
	児童の兄弟姉妹の名前		(男・女)	(男・女)	(男・女)	
	通園施設等					
	1 認可保育園に通園→施設名 () ・ (歳児クラス) ・ 施設住所 (市・町)					
	2 認可外保育園に通園→施設名 () ・ (歳児クラス) ・ 施設住所 (市・町)					
3 幼稚園に通園→園名 () ・ (年少・年中・年長) ・ 園住所 (市・町)						
4 小学校に通学→学校名 () ・ (年生)						
5 どこにも通っていない						
かかりつけの医師						
医療機関名		電話	()	担当医師名		

保 護 者	保 護 者 氏 名		続 柄	緊 急 連 絡 先	
			父・母	勤務先名	
	携帯電話 ()			住所	
			父・母	電話	
携帯電話 ()		勤務先名			
		父・母	住所		
携帯電話 ()			電話		

※ 裏面もあります。

予防接種（これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください）		
1 ヒブワクチン【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 】	6 BCG	7 ポリオ【 生ワクチン・不活化 】
2 肺炎球菌【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 】	8 MR【Ⅰ期・Ⅱ期】	9 水痘【1回・2回】
3 B型肝炎【 1回 ・ 2回 ・ 3回 】	10 日本脳炎【Ⅰ期 1回・2回・追加】	
4 四種混合【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 】	11 ロタウィルス	
5 三種混合【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 】	12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	

既往症（いままでにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください）	
1 突発性発疹	9 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は 毎日・不調時のみ】
2 麻疹（はしか）	10 アトピー性皮膚炎
3 水痘（みずぼうそう）	11 川崎病【 心臓合併症は あり・なし 】
4 風疹（三日ばしか）	12 熱性けいれん
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】
6 百日咳	【座薬の指示は あり・なし】
7 B型肝炎（キャリアーを含む）	13 食物アレルギー
8 てんかん	【卵 牛乳 そば 小麦 その他（ ）】
その他（具体的に： ）	

入院の経験（入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください）	
1 ない	
2 ある	【 歳 ヶ月、病名 】
	【 歳 ヶ月、病名 】
常時内服している薬（常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください）	
1 ない	
2 ある	【具体的に： 】
その他（薬物アレルギーなど、心配なこと配慮して欲しいことについて記入してください）	

一日の生活習慣・食事面・新生児期の様子・発達、発育について【 】のなかの該当する内容に○をつけてください	
1 尿意【知らせる・知らせない・知らせる時もある】	7 食事方法【一人で食べる・一人で食べようとする・食べさせる】
2 便意【知らせる・知らせない・知らせる時もある】	8 授乳内容【母乳・ミルク】 ミルクの場合一回の哺乳（ ）ml
3 人見知り【しない・する・激しくする】	9 現在の離乳食内容 【初期・中期・後期・完了】 離乳開始時期 ヶ月
4 睡眠習慣【おしゃぶり・タオル・ぬいぐるみ】 その他（ ）	10 新生児期：出生時の異常【ある・なし】
5 睡眠時間 時間 (昼寝は→ 時間)	11 発育、発達 【ふつう・少し遅れていると思う・わからない】
6 食事量【よく食べる・普通・食が細い】	12 平熱 ℃