

## 病児・病後児保育室（ひかりの森保育園病児・病後児保育室）利用規約

- 第1条 名称及び所在地  
名称を「ひかりの森保育園 病児・病後児保育室」（以下、「本保育室」という）とし、本保育室を東京都昭島市大神町 2-5-19 に置く。
- 第2条 設置者・運営者  
設置者・運営者を株式会社シマモト（以下、「当法人」という）（代表取締役：矢嶋 康人・住所：昭島市昭和町 5-11-16）とする。
- 第3条 管理者  
管理者を、園長 安藤 寛美（住所：昭島市大神町 2-5-19）とする。
- 第4条 目的  
病気やけがのため集団保育の困難な児・生徒を一時的に預かる業務を行うことにより、地域の子育て支援を目的とする。
- 第5条 看護保育の方針  
小児科医、看護師、保育士がチームとなり、病気の児童の看護、保育にあたり、身体、精神両面のケアを施し、リラックスできて楽しく安全に過ごせるよう配慮する。
- 第6条 病児保育の対象
1. 利用対象は、生後6か月から概ね小学6年生までの児童で、病気やけがであることから、保育園等での集団生活が困難、かつその保護者が就業等やむを得ない理由で、家庭での育児が困難な場合とする。
  2. 定員は4名とする。
  3. 感染力、重症度等の観点から、受け入れ疾患については「診療情報提供書」の預かり可能疾患を参照とする。  
但し、やむを得ない事由により定員を下回って、または一時的に超えて受け入れる場合がある。溶連菌感染症、流行性耳下腺炎（おたふく）、風疹、百日咳、RSウイルス感染症、マイコプラズマ肺炎、咽頭結膜熱は受け入れ可能であるが、同一疾患に限り受け入れる。  
新型コロナウイルス、インフルエンザ、感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス）、水痘、麻疹、結核、流行性角結膜炎（はやり目）、急性出血性結膜炎、髄膜炎菌性髄膜炎、咽頭結膜炎、食中毒、その他感染力の強いものは対象から外す。
- 第7条 利用方法
1. 利用できる日及び時間は次のとおりとする。
    - ・利用できる日：月曜日から金曜日  
（祝祭日・年末年始・施設休園日・施設が指定した休業日を除く）  
利用できる時間：午前8時30分から午後5時30分まで
    - ・予約は次のとおりとする。  
前日午後5時までに病児・病後児保育室に電話にて、空き状況の確認と予約を行う。  
当日であっても定員に空きがあるなど受け入れが可能な場合もある。  
キャンセルは、利用当日午前8時までに必ず連絡をする。当日午前8時以降のキャンセルは、全額徴収となる。
  2. 登録時提出書類、利用時提出書類は次のとおりとする。
    - 【登録時提出書類】「ひかりの森保育園病児・病後児保育室利用登録票」、「利用規約兼利用同意書」、「児童票」、「健康記録票」、「保険証または被保険者資格情報のコピーと子育て支援医療受給証のコピー添付書類」「児・保護者の顔写真添付書類」を対象児保護者が記入し、面談日までに本保育室へ提出する。
    - 【利用時提出書類：初日】「利用申請書」、「家庭連絡票」、「与薬依頼書」（投薬が必要な場合のみ）は対象児保護者が記入し、「診療情報提供書」は病院を受診し医師に記入してもらい、利用日初日に本保育室へ提出する。
    - 【利用時提出書類：初日以外】「利用申請書」、「家庭連絡票」、「与薬依頼書」（投薬が必要な場合のみ）は対象児保護者が記入して本保育室へ提出する。
  3. 病状の変化した時の対応について  
本保育室が、弊社もしくは主治医の診療を必要と判断した場合は、保護者は連絡を受けたあと速やかに対応すること。  
ただし痙攣など、病状が緊急と判断した場合は、保護者への連絡前に医療行為を含めた応急対応をする場合がある。  
また、緊急時は嘱託医への相談・受診および救急要請し、医療機関を受診する場合がある。  
医療機関受診の際には、社用車による送迎を行う場合がある。

第8条 利用料金及び持物等

1. 児童1人につき、1回当たり2,500円（税込）

※ひかりの森保育園在園児については無料、保護者が連携企業に所属している場合は2000円とする。

※開所時間外の場合は違約金が発生する。

①午前8時30分前の入室や午後5時30分を過ぎてのお迎えについては10分毎に200円徴収する(在園児も対象)。

②午後6時を過ぎた場合は5000円徴収する。

2. アレルギー等の関係上、食事・おやつは各自で用意すること。

3. オムツなどの必要な身の回りの物・食事・おやつ・のみもの等必要なものは各自で用意すること。

用意したものに不足が生じ、やむを得ず本保育室が調達したのものについては別途費用を支払う。

第9条 利用料金支払方法

利用料金は現金払いのみで入室時に支払い、別途生じた費用はお迎え時に精算する。

第10条 補償制度

本保育室を利用するにあたり、万一事故等が発生した場合、保険適用範囲内において補償を受けることができる。

但し、病状悪化等、本保育室の責に帰することが出来ない事由による事故等の場合はこの限りでない。

第11条 利用制限

次の各号のいずれかに該当する場合は、保育の途中に関わらず利用を制限し、また受け入れをお断りする場合がある。

1. 児童の病状により、保育が不適切と医師が判断したとき。

2. 新型の感染症の発生、流行など、感染の危険性が高いとき。

3. 気象警報等が発令されたとき。

4. 本保育室の嘱託医の診察または本保育室の保育方法に同意しないとき。

5. 本利用規約に従わないとき。

第12条 保護者の義務

児童の保護者は、本保育室に対して保育に必要な情報を提供しなければならない。また、本保育室を利用する間、「利用申込書」に記載した緊急連絡先に常に連絡でき、緊急時でも保護者の意思が確認できるよう努めなければならない。

第13条 相談窓口

利用にあたっての相談、質問、苦情等の窓口は、看護師 黒田真伊美（電話 042-519-8007）とする。

第14条 規約の変更

本保育室は、必要と判断する場合、本利用規約を変更することがあります。本保育室は、当該変更の効力発生日を定め、当該変更を行う旨、変更後の内容及びその効力発生時期を本保育室ホームページ及び園内掲示板等に掲示することで周知するものとします。この場合、当該効力発生日をもって、個別の同意を得ることなく、当該変更後の本規約が全ての利用者に対し適用されるものとします。

第15条 反社会的勢力ではないことの表明・確約

1. 申込者・保護者は、反社会勢力（暴力団、暴力団員、暴力団員でなくなった時から5年を経過しない者、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋等、社会運動等標ぼうゴロ又は特殊知能暴力集団、その他これらに準ずる者をいう。以下同じ。）に該当しないこと及び反社会的勢力に関与していないことを表明し、かつ将来にわたっても該当及び関与しないことを確約します。

2. 申込者・保護者が、次の各号のいずれかに該当した、もしくは該当するおそれがあると本保育室が認めた場合には、本保育室から申込者・保護者に通知することにより、本保育サービスの利用をできなくなるものとします。

① 反社会勢力に該当した場合。

② 前項の表明・確約に関して虚偽の申告をしたことが判明した場合。

第16条 準拠法及び管轄

1. 本利用規約の準拠法は、日本法とします。

2. 本利用規約および本保育室ご利用に関して生じるすべての紛争については、東京地方裁判所又は東京簡易裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とします。

以上、規約の内容を理解、承認したうえで利用について同意します。

令和            年            月            日

保護者署名欄

印

# ひかりの森保育園病児・病後児保育室利用登録票

申請者住所 : \_\_\_\_\_

申請者氏名（保護者） : \_\_\_\_\_（署名）

連絡先 : \_\_\_\_\_

ひかりの森保育園病児・病後児保育室（病児保育事業）の利用登録を以下のとおり申請します。

また、上記施設を利用するにあたり、以下の項目に同意します。

- ① 実施施設において登録書及び診療情報提供書を使用すること並びに関係機関が実施施設から利用状況についての報告を受けること
- ② 利用料の決定に必要な情報を確認すること
- ③ 本登録の有効期限は、小学校6年生の3月31日までとなること
- ④ 本申請書と併せて必要な書類の提出を行うこと

## ※必要書類

- 1) 利用規約兼利用同意書（登録時に1回）
- 2) 利用登録票（登録時に1回）
- 3) 児童票（登録時に1回）
- 4) 健康報告書（登録時に1回）
- 5) 利用申込書（利用日毎）
- 6) 診療情報提供書（医師記入のもの）
- 7) 与薬依頼書（利用日毎）＊投薬が必要な場合のみ
- 8) 家庭連絡票（利用日毎）
- 9) その他、実施施設が必要とする書類（適宜）

登録児童氏名	性別	生年月日	在園施設名	お子さんの呼名
ふりがな				

## 緊急連絡先

	連絡者氏名	続柄	連絡先	勤務先名	勤務先の住所、電話番号
第1	ふりがな				
第2	ふりがな				
第3	ふりがな				

児童票（病児・病後児保育用）

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名				歳 ヵ月
在園施設	どこへ( ) いつから( 年 月 )			

お子様の家庭での様子	食事	*離乳食 ( 1日 回 ) ( . . 頃 ) *ミルク ( 1日 回 ) ( 1回 ml ) ( ) 時間毎 *食事の量 ( 多い・普通・少ない ) *食べる速さ ( 速い・普通・ゆっくり ) *偏食 ( ない・ある ) *好きな食べ物 ( ) *嫌いな食べ物 ( ) *水分 ( お茶・水・ジュース・スポーツドリンク・その他 ( ) )			
	排泄	*小 便 ( 全て自分でできる・手伝いが必要・尿意を訴えられる・まだできない ) *大 便 ( 自分でできる・まだできない ) 下 着 ( パンツ・トレパン・おむつ ) *おねしょ ( しない・時々する・よくする ) *皮膚乾燥やおむつかぶれで発赤がある時、ワセリンの使用 ( 可・不可 )			
	睡眠	*昼 寝 ( する・時々する・しない ) 時間 ( : ~ : 時間程度 ) *寝 っ き ( 良い・普通・悪い ) *寝る方法 ( 抱っこ・添い寝・トントン・自然に寝る・その他( ) ) *寝ている時の状態 ( あおむけ・うつぶせ ) うつぶせの時 ( あおむけに反す・反さない ) *寝るときの癖 ( ある・ない ) →ある場合 ( ) *寝 具 自宅 ( 布団・ベッド ) 保育園 ( 布団・コット・ベビーベッド )			
	清潔	*手 ( 自分で洗える・まだ洗えない ) *顔 ( 自分で洗える・まだ洗えない ) *歯 ( 自分で磨ける・まだ磨けない )			
	着脱衣	*服を着る ( 一人で着られる・少し手伝えば着られる・着られない ) *服を脱ぐ ( 一人で脱げる・少し手伝えば脱げる・脱げない ) *ボタンかけ ( 一人で掛けられる・少し手伝えば掛けられる・掛けられない )			
	言葉	*喃語 *赤ちゃん言葉 *ちゃんと話せる *どもる *その他 ( )			
	運動	*ちゃんと歩ける *歩けるがすぐ転ぶ *伝い歩きができる *つかまり立ちができる *ハイハイができる *一人で座れる *寝返りがうてる *その他 ( )			
	性格	*気が強い *社交的 *甘えん坊 *強情 *やさしい *わがまま *人見知り *素直 *怖がり *内気 *泣き虫 *その他 ( )			
遊び	*遊ぶ相手 ( 兄弟姉妹・大人・一人 ) *室内での好きな遊び ( ) *テレビ、動画、アニメ等 ( 観る・観ない ) (何を どのくらい )				

注意すべきこと、心配なこと、伝えておきたいこと等

園長	看護師	保育士

記入日：20 年 月 日

(フリガナ) 氏名	(性 別) 男 ・ 女	(生年月日) 年      月      日	(血液型) 型
かかりつけ医		TEL	
出産歴 (第    子)	兄弟児の有無( 有 ・ 無 )		

発育情報は乳児以外\*のみ記載で可(ただし、発達に遅れなどの指摘をされているまたは気になる場合は記載する)

発育情報	* 平均体温	(                      ℃ )	首がすわった時期	歳	か月ごろ
	* 平均睡眠時間	(                      時間 )	おもむつがとれた時期	歳	か月ごろ
	授乳間隔	(                      時間置き )	離乳した時期	歳	か月ごろ
	乳汁の種類	( 母乳・人工・混合 )	歩き始めた時期	歳	か月ごろ
	ミルクの量	(                      m l ) / 1 回	言葉が話せた時期	歳	か月ごろ

	ワクチン名	接種日	ワクチン名	接種日
予 防 接 種	小児肺炎球菌	(      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日)	五種混合 四種混合 三種混合 どれかに○をつける	(      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日)
	B 型肝炎	(      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日)	ロタウイルス ( 1 価 ・ 5 価 ) どちらかに○をつける	(      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日) 1 価は 2 回、5 価は 3 回
	MR(麻疹風疹)	(      年      月      日)	水痘(みずぼうそう)	(      年      月      日)
	BCG	(      年      月      日)	おたふくかぜ	(      年      月      日) (      年      月      日)
	日本脳炎	(      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日) (      年      月      日)	その他 (                      )	

普 段 の 健 康 状 態	*とても良い      * 良い      * やや悪い
	*現在、通院している（ 何科に _____ 病名等： _____ ）
	<起こしやすい症状>
	*ぜんそく                  *腹 痛                  *ひきつけ                  *扁桃炎                  *脱臼
	*下 痢                  *便 秘                  *嘔 吐                  *口内炎                  *その他（ _____ ）
	*皮膚疾患（ _____ ）
	*食物アレルギー（ 無 ・ 有 ） ある場合（何の食べ物 _____ ）
	*その他アレルギー（ _____ ）
持 病	*熱性けいれん（ 無 ・ 有 ） ある場合（何度の熱で _____ ）℃ _____ ダイアブ座薬（ 無 ・ 有 ） 何度の熱で使用する指示か（ _____ ）℃ 救急車呼ぶタイミング（ 起きたらすぐに ・ 5分以上続く時 _____ ）
	既往歴（ _____ ）

＜その他伝えておきたいこと＞

園長	看護師	保育士

登録児と送迎をする方の顔写真を貼ってください。  
皆さん一緒に写っているものでも可能です。

添 付

添 付

保険証 または マイナポータルに表示される被保険者資格情報の PDF または資格情報のお知らせのコピー

貼付

子育て支援医療受給資格証のコピー

貼付

\*貼付がうまくいかない場合は、ホチキスでとめてください。