令和６年度より、コドモン（電子連絡帳）を導入します！

CODMON

今まで、お子様の様子は、みかん連絡票にてやりとりをして参りましたが、
令和6年度より、**コドモン（電子連絡帳）を導入**することになりました。
よって、令和6年4月からみかんご利用の際は、コドモンからお子様の様子を入力してください。

＜具体的な流れ＞

事前に・・・・みかんの登録書類を提出してください。
書類受付の際、その場でみかんのコドモンアプリに登録して頂きます。
CODMON

利用前日・・・みかん利用は前日20：00よりWEB予約をお願いします。
WEB予約はﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞよりWEB予約専用ﾍﾟｰｼﾞにお入りください。
↓
WEB予約確定
↓
コドモンでお子様の様子･症状等を詳しく入力後、保存･送信してください。
CODMON

以下の入力項目があります。全ての項目に詳しく入力をお願いします。
➡きげん、食事、睡眠、検温、排便、とんぷく、食物ｱﾚﾙｷﾞｰ、お迎え、
緊急連絡先、コメント欄（診断名や症状経過、水分摂取量等　追記）
（例）〇月〇日△時38℃発熱。□時37℃。頭痛あり。〇月〇日△時36・5℃解熱。
食事は、ﾖｰｸﾞﾙﾄ少量。水分はしっかり飲んでいます。
便は〇時から出ていません。
〇〇医院で「感染性胃腸炎」と診断されました。　など
※一度送信したら変更できませんので、保存して内容確認後送信してください。

当日・・・・・深夜～6:50までにご自宅でｺﾄﾞﾓﾝに保存したものを送信完了してください。
8:00より病児診察受診し医師連絡票を発行してもらう。（希望者のみ）
8:00よりみかんに入室しお部屋で持ち物確認と症状の聞き取りを行います。

当日夕方・・・みかん保育士が、コドモンからお子様の様子を送信します。
CODMON

☆お願い☆

・災害時等、みかんから緊急連絡が必要な場合はコドモンで配信しますので、
お子様の送迎に携わるすべての保育者方にご登録をお願い致します。

～過去にみかんを利用した事がある方～

・お手元にある未使用のみかん連絡票は、今後使用しないため、処分してください。
・みかん利用時、予約画面のメモ欄に症状の経過を入力していただいておりましたが、
今後そちらへの入力は必要ありません。兄弟姉妹利用の有無と人数、氏名等をご入力ください。
・家庭との連絡票ファイル（個人記録票が綴じてあるクリーム色のファイル）は、
今後も毎回お持ちください。

富士見こどもクリニック
小児科・アレルギー科　病児・病後児保育室みかん

毎年度ごとの事前登録と利用方法について

令和６年度版

保育利用当日に登録書類の受付は できませんので、早めの書類提出をお願いします。

★初めて登録する方への説明（必須）

対応日　　：　平日　月～金曜日
対応時間　：　9：30～10：30　、15：00～16：30　この時間帯で 20～30 分程
みかん電話　：　0538-39-2237　（お電話は上記時間内でお願いします。）
事前予約していただき、「みかん」にお越しください。
保育士より登録･利用について具体的なご説明をさせていただきます。

■事前登録 必要書類　　利用日前日までに書類提出をお願いします。

- 必要書類一式の配布は、みかん受付とクリニック受付 どちらでも行っております。
- 下記書類ご記入後すべて揃えて「病児･病後児保育室みかん」に主保育者が提出してください。書類確認後その場でスマホにコドモン（電子連絡帳ｱﾌﾟﾘ）をご登録いただき受付完了になります。
- 書類受付時間　9：30～10：30　、15：00～16：30

□病児･病後児保育事業 利用登録申込書　（確認後　磐田市役所提出）
□誓約書　（確認後　磐田市役所提出）
□個人記録票
□利用に際しての同意書　※別紙 受け入れ基準をご確認ください。
□就労証明書　（提出対象者のみ）

➡ **■利用前日までにかかりつけ医を受診して、医師に医師連絡票を記入してもらう。**

※前日までに医師連絡票が準備できない方は、WEB 予約時「当日朝診察→受診する」を選び、当日朝８：00～富士見こどもｸﾘﾆｯｸで病児診察後、医師連絡票の発行を受けてください。

➡ **■利用前日 20：00～WEB 予約後、コドモン「保護者からの連絡」に症状の経過を詳しく入力し保存･送信してください。**

➡ **■利用当日朝６：５０までにコドモン「保護者からの連絡」の送信を完了してください。**

➡ **■利用当日 「受診する」を選んだ方は、８：00 からの病児診察を受診してください。**

➡ **■利用当日 到着したら保育士に声をかけていただき 8:00 から保育受付いたします。お部屋で持ち物の確認と症状等を詳しくお聞きします。**

■当日の必要書類と持ち物

□医師連絡票（診察時に医師が記入したものを利用初日に提出が必要です。７日間有効です。）
□昼食、おやつ、水筒、薬、とんぷく薬（処方済で家にある方）、母子手帳、保険証、こども医療費受給者証、お薬手帳、着替え２～３組、敷きパット、上掛け、その他
※利用当日の持ち物詳細は、ﾊﾟﾝﾌﾟﾚｯﾄをご覧ください。

様式第1号（第7条関係）

年度　登録番号

受付日　令和　　年　　月　　日

※受付日は、市役所が記入

病児･病後児保育事業　利用登録申込書

磐 田 市 長　　殿

住所 〒　　磐田市

申請者　　氏名

電話番号

病児･病後児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

ふりがな 登録児童名	性別 男・女	生年月日　和暦　　年　　月　　日生 歳 （※当該年度4月1日現在）
通園・通学している保育所・学校等 施設の名称：　　電話番号　　－　　－		
かかりつけの医療機関 病院・診療所名： 主治医名：　　電話番号　　－　　－		

既往歴	これまでにかかった大きな病気 （ なし ・ あり ）	ありの場合 → 病名（　　） 入院歴（ なし ・ あり ）
	熱性けいれん （ なし ・ あり ）	ありの場合 → 最終発作は（　　）歳（　　）か月 これまでの発作の回数（　　）回
	アレルギー （ なし ・ あり ）	ありの場合 → 食品名（　　） アレルギーが出たときの対応 （　　）
	その他の病気	

保護者などの緊急連絡先　（※確実に連絡ができるようにしておいてください）

ふりがな 氏　　名	児童との続柄	自宅　または　連絡先名及び電話番号	緊急連絡先 勤務先名・部署名及び電話番号
第1連絡者		自宅または連絡先名 電話　　－　　－	勤務先会社名 部署名 電話　　－　　－
第2連絡者		自宅または連絡先名 電話　　－　　－	勤務先会社名 部署名 電話　　－　　－

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日

磐　田　市　長　　殿

磐田市 病児･病後児保育事業の利用に際しては、万一事故が生じても磐田市 又は施設の故意又は過失による場合を除き、一切意義を申し立てないことを誓います。

申請者（保護者）　　住　所

氏　名

利用児童　　氏　名

個人記録票

令和6年度

病児･病後児保育室みかん

令和　　年　　月　　日記入　　記入者氏名

1．世帯・児童の状況等

ふりがな 児童氏名　　男・女	生年月日　西暦　　年　　月　　日生 （和暦　　年）　　歳　　ヶ月
自宅住所　：〒　　－　　磐田市	
自宅電話　：　　－　　－　　携帯電話　続柄（　　）　　－　　－	

緊急連絡先	第１連絡者 続柄（　　）	氏名	携帯電話　　－　　－
		勤務先名称　　部署名	
		勤務時間　：　～　：　勤務先電話番号　　－　　－　　内線（　　）	
	第２連絡者 続柄（　　）	氏名	携帯電話　　－　　－
		勤務先名称　　部署名	
		勤務時間　：　～　：　勤務先電話番号　　－　　－　　内線（　　）	
兄弟姉妹	名前 年齢	歳（男・女）、　歳（男・女）、　歳（男・女）、　歳（男・女）	
通っている園・小学校・その他施設の名称		クラス名	
かかりつけ医院名		かかりつけ医院電話番号　　－　　－	

予防接種	接種が終了したものに〇を付けてください。	おたふくかぜ(ﾑﾝﾌﾟｽ)：　１回目　・　２回目
	ヒ　ブ　：　１回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目	BCG　：　接種あり　・　接種無し
	肺炎球菌：　１回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目	MR(麻疹風疹混合)：　１回目　・　２回目
	B型肝炎：　１回目　・　２回目　・　３回目	水痘(みずぼうそう)：　１回目　・　２回目
	ﾛﾀｳｲﾙｽ　：　１回目　・　２回目　・　３回目	日本脳炎：　１期①　・　１期②　・　追加　・　２期
	４種混合：　１回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目	３種混合：　１回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目

2．既往歴等

既往歴	麻疹(はしか)　罹患 なし ・あり（　　歳　　ヶ月）	風疹　罹患 なし ・あり（　　歳　　ヶ月）
	水ぼうそう　罹患 なし ・あり（　　歳　　ヶ月）	おたふく　罹患 なし ・あり（　　歳　　ヶ月）
	百日咳　罹患 なし ・あり（　　歳　　ヶ月）	B型肝炎　キャリアでない　・　キャリアである
	熱性けいれん　初回（　　歳　　ヶ月）、最後（　　歳　　ヶ月）、これまでに（　　回　）	
	※この個人記録票提出後にご自宅で発作があった場合は、みかん利用時にお知らせください。	
	食物アレルギーについて ➡　なし　・　あり　　ありの場合はその食べ物と症状を詳しくご記入ください。	
	※体調が悪い時はｱﾚﾙｷﾞｰ症状が強く出る場合があります。食事類に持たせるのは控えてください。（頓用持参なら可）	
発達	発達支援施設等への通園状況について ➡　通所なし　・　通所あり（週　　回）　・　通所予定（週　　回）	
	安心安全にお預かりするため　具体的にご記入ください。記載内容の全てに対応できない場合もありますので、ご了承ください。	
	施設名	
その他	体質や癖などについて ➡　なし　・　あり　　安心安全にお預かりするため　具体的にご記入ください。	

「病児･病後児保育室みかん」の受け入れ基準

令和6年度4月版

●利用できる場合

医師により病児･病後児保育室での生活が可能と診断され、その旨の記載を受けた所定の
「医師連絡票」を提出する場合

《症状》
1．発熱性疾患
2．軽微な鼻水・咳などの上気道症状
3．軽微な嘔吐・下痢などの胃腸炎症状
4．外傷(ケガ)に関しては、必ず専門医の診察を受け、病児･病後児保育室での生活が可能であることと
　　処置等の必要がない場合

▼利用できない場合

医師により病児・病後児保育が不可能と診断された場合

《症状》
1．ぐったりして、ほとんど飲んだり、食べたりできない場合
2．嘔吐・下痢がひどく、脱水症状の兆候がある場合
3．咳・喘鳴(ゼーゼー)がひどく、呼吸困難である場合(喘息発作を含む)
4．てんかん発作が頻回に起こっている場合
5．月齢相当のワクチンが完了していない場合

→「みかん」では、おたふくのお子様もお預かりしています。よって　おたふくの予防接種を推奨しています。

■各感染症疾患に対する基準

受け入れできない感染症疾患
・麻疹
・風しん(三日はしか)
・水痘(水ぼうそう)
・新型コロナウイルス感染症

受け入れ可能な感染症疾患　※隔離室を使用します。
・インフルエンザ（A/B）　発症日より利用可能
・おたふくかぜ（ﾑﾝﾌﾟｽ・流行性耳下腺炎）
・プール熱(咽頭結膜熱)
・とびひ(伝染性膿痂疹)
・ロタウイルス、ノロウイルス、感染性胃腸炎　→　嘔吐が治まり、水分がとれている場合
・マイコプラズマ感染症・溶連菌感染症　他

※それぞれの感染症疾患の種類によっては受け入れ基準が異なりますので、
　必ず前日までに「病児･病後児保育室みかん」にお問い合わせください。

※当日の予約では、ご利用できない場合がございます。
　また、継続利用の方の人数や年齢、感染症疾患の種類、隔離室の空き状況や
　利用の有無によっては、ご利用をお断りする場合もございます。ご了承ください。

富士見こどもクリニック
小児科 ・ アレルギー科　病児・病後児保育室みかん

令和6年度「病児・病後児保育室みかん」 利用に際しての同意書

お子様が安全に心地よく過ごせるため、以下の項目にご理解し、同意していただきましたら、
□に✓を入れ署名をお願いします。

□ 当日のお子様の状態によっては、お預かりできないことがあります。
別紙の「病児・病後児保育室みかん」の受け入れ基準をご参考ください。

□ お預かりした後に、お子様の病状が急激に変化した場合、保護者の方に連絡させていただきます。
また、緊急時には当院で診察、治療を開始させていただきますが、院長の判断で救急搬送し
総合病院を受診していただく場合があります。
（ご利用の前に熱性けいれんを起こしていて、病児保育利用中に２度目の痙攣を起こした場合等）

□ 病児・病後児保育室には様々な感染症疾患のお子様がおられます。
お子様の保育に際しては細心の注意を払っていますが、入室者間の感染を防げないこと
ありますのでご了承ください。

□ 感染症の種類や人数、6ヶ月～１歳児が多い時、部屋の確保ができない等の理由で定員数を
お受けできない場合があります。また、手厚いケアが必要なお子様が多い場合には、
当日の受入人数を制限させていただく場合があります。

□ 災害等により保育が継続困難であると判断した場合、保護者の方に連絡させていただきますので
お迎えをお願いします。
その際には身分証明書の提示をお願いする場合もありますのでご用意ください。

□ みかんの利用時間は、通常保育時間8：00～17：30内でお願い致します。
体調不良であるお子様の精神的・身体的負担を配慮し、お迎えは遅くても17：45までに
お越しください。

□ 施設内感染対策のため保育室内の清掃、消毒を行っております。勤務終了後17：45までに
速やかにお迎えに来ていただけるよう、ご協力をお願いします。

□ お迎えの時間に間に合わないことが度重なる場合や、無断キャンセルが続く場合には、
今後のご利用をお断りさせていただく場合があります。

□ 兄弟姉妹でご利用の場合は、1人分の予約枠に対し２名までとさせていただきます。
3人同時にご利用希望の際には、2名分の予約取得をお願い致します。
ご利用希望が多く症状も様々であるため、WEB予約時の皆様のご協力をお願い致します。

上記の事項について理解し、同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お子様名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<あて先>　病児・病後児保育室みかん

医 師 連 絡 票

令和　　年　　月　　日

<保護者記入欄>

お子様名前　（　　）

園名・学校名　（　　）

<以下　医師記入欄>

診察後、下記 病名の症状番号に○印をおつけください。

01　感冒・感冒様症候群 02　咽頭炎 03　扁桃腺炎 04　気管支炎 05　喘息・喘息性気管支炎 06　感染性胃腸炎 07　周期性嘔吐症 08　中耳炎・外耳炎 09　結膜炎 10　膿痂疹（とびひ）	11　突発性発疹症 12　手足口病 13　伝染性紅斑（りんご病） 14　流行性耳下腺炎 15　百日咳 16　インフルエンザA 17　インフルエンザB 18　その他 （　　）	※病名不明のとき 19　発熱 20　下痢 21　咳嗽 22　喘鳴 23　発疹 24　その他 （　　）
症　状	急性期　・　回復期	
自由記載欄		

医療機関名

医師名