



令和7年度



## 病児・病後児保育室みかん・めろん 利用登録の流れ

はじめに・・・

- 利用登録は年度毎、主保育者が行ってください。
- 登録の受付は「みかん」のみとなります。
- 保育利用当日朝の利用登録はできません。早めの事前登録をお願いします。
- 令和6年度よりコドモン（電子連絡帳アプリ）を導入し、お子様の様子をやり取りしています。  
利用が初めての方は、登録受付時にコドモンアプリの設定をいっしょに行います。過去にコドモンの登録をされた方は、次年度もそのまま継続してアプリを利用できます。

### 《利用登録の流れ》

#### ① 電話で予約を取ります。

予約先 : 「みかん」 TEL0538-39-2237 （※「めろん」では受付けていません。）

予約可能日時 : 月～金曜日 / 9:30～10:30、15:00～16:30

※登録にかかる時間は、コドモン登録済の方は10分程度、未登録の方は20～30分程度です。

#### ② 予約日に、記入した書類を持って「みかん」にお越しください。

##### ●下記の登録書類を提出します。

〈登録書類一式〉

※書類は、みかん受付とクリニック受付で配布しています。ホームページよりダウンロードもできます。

※お子様1人につき1部提出してください。（「みかん」と「めろん」は兼用です。）

病児・病後児保育事業 利用登録申込書（磐田市役所提出用）

誓約書（磐田市役所提出用）

個人記録票

病児・病後児保育室利用に際しての同意書

就労証明書（対象者のみ）

※富士見こどもクリニックのIDをお持ちでない方は、下記の2点もお持ち下さい。

保険証もしくはマイナンバー（健康保険証利用登録済み）

こども医療費受給者証



##### ●保育士がその場で書類の確認をし、本年度の利用説明をします。

コドモン未登録の方は、その場でご説明いたしますのでスマホにアプリ設定をお願いします。



##### ●登録完了となります（翌日より「みかん」「めろん」利用可能です。）

※富士見こどもクリニックのIDをお持ちでない方は、クリニックの受付に寄って「ID」の取得をしてください。

年度 登録番号

受付日 令和 年 月 日

※受付日は、磐田市役所が記入します

## 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 ( ※当該年度 4月1日現在 ) 平成・令和 年 月 日生 歳
通園・通学している保育所・学校等 施設名称 :	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 ( 歳 か月 ) これまでの発作回数 ( ) 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 (※勤務先名、部署名までご記入いただき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	連絡者の電話番号と住所	緊急連絡先 勤務先名・部署名及び電話番号
<第1連絡者> ふりがな 氏名		[ 保護者携帯電話 ・ 自宅電話 ] 電話番号 - - 住所：磐田市	勤務先会社名 部署名 電話番号 - -
<第2連絡者> ふりがな 氏名		[ 保護者携帯電話 ・ 自宅電話 ] 電話番号 - - 住所：磐田市	勤務先会社名 部署名 電話番号 - -

# 誓 約 書

令和 年 月 日

※受付日は、磐田市役所が記入します

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： 磐田市

氏 名：

利用児童 氏 名：



令和 年 月 日記入 記入者氏名 続柄 ( )

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 (平成・令和 年) 歳 ヶ月
本人が通っている園・小学校・その他施設の名称		クラス名	
自宅住所 : 〒 - 磐田市		自宅電話 : - - 携帯電話 続柄 [ ] - -	
かかりつけ医院名		かかりつけ医院電話番号 - -	
兄弟 姉妹	①名前 歳(男・女)、	②名前 歳(男・女)、	③名前 歳(男・女)、
	④名前 歳(男・女)		
緊急 連絡 先	第1連絡者 続柄 ( )	ふりがな 氏名	携帯電話 - -
		勤務先① 会社名	部署名
		勤務時間 : ~ :	電話番号 - - 内線 ( )
		勤務先② 会社名	部署名
		勤務時間 : ~ :	電話番号 - - 内線 ( )
	第2連絡者 続柄 ( )	ふりがな 氏名	携帯電話 - -
		勤務先① 会社名	部署名
		勤務時間 : ~ :	電話番号 - - 内線 ( )
勤務先② 会社名		部署名	
	勤務時間 : ~ :	電話番号 - - 内線 ( )	
予防 接種	接種が終了したものに○を付けてください。		おたふくかぜ(ムフ) : 1回目・2回目
	5種混合 : 1回目・2回目・3回目・4回目	BCG : 接種あり・接種無し	
	4種混合 : 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	
	肺炎球菌 : 1回目・2回目・3回目・4回目	水痘(みずぼうそう) : 1回目・2回目	
	B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目	日本脳炎 : 1期①・1期②・追加・2期	
	ロタウィルス : 1回目・2回目・3回目	Hib ヒブ : 1回目・2回目・3回目・4回目	

2. 既往歴等 安心・安全にお預かりするため、具体的にご記入をお願いします。

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) ・累計( 回) ・ダ イブ 坐剤(処方 無し・あり) ※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 → 無し・あり ●エピペン(処方 無し・あり) 食べ物と症状を詳しく具体的にご記入ください。	
	※体調が悪い時は、アレルギー-症状が強くなる場合があります。食事類に持たせるのは控えてください。(頓用持参なら可)	
◆定期的に通院していますか? 今までにかかった大きな病気ありますか? ( 無し・あり ) その症状や病名: 定期通院している病院・クリニック名: 頻度:		
発達 ・ 体質	★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) 配慮事項など具体的にご記入ください。検査報告書のある方はお持ちください。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。	
	発達状況 通園施設名	
その他	★体質や癖などについて → 無し・あり 具体的にご記入ください。	
	みかん・めろん2施設の利用について 今後 利用する予定は、 <input type="checkbox"/> 「みかん」と「めろん」両方 <input type="checkbox"/> 「みかん」のみ 「みかん・めろん」では、病児保育を多くの皆様にご理解いただくために 同意いただいたお子様の保育の様子(個人が特定されないお顔無しの手元・足・洋服だけの写真)をInstagramに掲載させていただいております。 よろしければ ご協力いただきたいと思います。 上記に <input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません	

# 「病児・病後児保育室みかん・めろん」 受け入れ基準

令和7年度版

## ●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

## ▼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
- ・医師連絡票の7日間有効期間が失効している場合や有効期間内の医師連絡票が未提出の場合

《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. 過去にてんかん発作が起こっている場合
5. 月齢相当のワクチンが完了していない場合
6. けいれんの症状で継続的に通院している場合
7. 最後のけいれん発作から1年経過していない場合
8. 熱性けいれん予防薬の「ダイアップ座薬」を処方されている。
9. エピペンを処方されている。エピペンでの処置が必要な場合がある。
10. 熱が3日以上続く場合(血液検査を行う可能性があるため)
11. 現在の症状が医師連絡票に記載の症状と明らかに変わっている場合。

※1～5 「みかん」を利用できない時

※1～11 「めろん」を利用できない時

「めろん」では、クリニックが併設されていないため、受け入れ可能な範囲が少し狭くなっております。安全安心な保育を行うためご了承ください。

## ■感染症に対する基準

受け入れ不可

- ・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 → 隔離室を使用します。

- ・インフルエンザ(A/B) → 発症初日より利用可能
- ・おたふくかぜ(ムンプス・流行性耳下腺炎)  
→ 「みかん・めろん」では、おたふくのお子様もお預かりしておりますので、おたふくの予防接種を推奨しています。
- ・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、水分を摂取できている場合
- ・マイコプラズマ感染症・溶連菌感染症 他

## ◆その他(ケガ、手術後等)

受け入れ可能 → 医師連絡票があり主治医より病児・病後児保育室での生活が可能と診断されている場合

- ・骨折
- ・打撲
- ・股関節炎
- ・扁桃腺手術後
- ・その他

※感染症の種類、ケガや手術後の状態によっては受け入れ基準に当てはまらない場合がありますので、必ず前日お昼までにお問い合わせください。

★「めろん」は、療養期間が決まっているケガや手術後の療養期間中は事前予約が可能です。空き状況と症状の確認のため前日お昼まで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がございます。ご了承ください。



別紙「受け入れ基準書」をお読みいただき、今年度の2施設の利用予定を教えてください。  
受け入れ基準書の「▼利用できない場合1～11」をご確認の上 どちらかに✓してください。

- 「みかん」「めろん」2施設両方利用予定       「みかん」のみ利用予定

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 最後に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「受け入れ基準書」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、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も  
ありますのでご了承ください。
- 感染症の種類と予約人数の調整が取れない時、6ヶ月～1歳児が多い時、療養期間中のお子様  
が継続利用している時、兄弟姉妹での利用が多い時などで部屋の確保ができず安心安全な保育が  
困難と判断した場合には、受入定員数を減らし予約後でも利用不可とさせていただくことが  
あります。ご了承ください。
- 「みかん・めろん」をご利用日に災害が発生した場合に備えて、災害時のお迎え方法をご自宅で  
ご相談ください。  
その際のお迎え時には身分証明書の提示をお願い致しますのでご用意をお願いします。
- 利用時間は、通常保育時間8：00～17：30内をお願い致します。  
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。
- 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。当日朝7:30以降の無断キャンセルに  
つきましてはキャンセル料500円をお支払い頂きます。
- 兄弟姉妹でご利用の場合は、1名分の予約枠に対し2名まで入力可とさせていただきます。  
3名同時にご利用希望の際には、2名分のWEB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。
- 「みかん・めろん」では、病児保育を多くの皆様にご理解いただくために  
同意いただいたお子様の保育の様子（個人が特定されない顔無しの手元・足・洋服だけの写真）を  
イラストに掲載させていただいております。  
掲載不可の場合は、個人記録票の下部欄にて「同意しません」をお選びください。
- 駐車場をご利用中の自動車事故・自動車自損事故・車上盗難等につきましては、  
一切責任を負いかねますので ご了承ください。

上記 各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、病児・病後児保育室めろん

# 医師連絡票

令和 年 月 日

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	13	伝染性紅斑（りんご病）	※病名不明のとき
02	咽頭炎	14	流行性耳下腺炎	21 発熱
03	扁桃腺炎	15	百日咳	22 下痢
04	気管支炎	16	インフルエンザA	23 咳嗽
05	喘息・喘息性気管支炎	17	インフルエンザB	24 喘鳴
06	感染性胃腸炎	18	ケガ、外傷	25 発疹
07	周期性嘔吐症	療養期間 / ~ /		26 その他
08	中耳炎・外耳炎	19	骨折	( )
09	結膜炎	療養期間 / ~ /		
10	膿痂疹（とびひ）	20	手術後	
11	突発性発疹症	療養期間 / ~ /		
12	手足口病			
症 状		急性期 ・ 回復期		
自由記載欄				

医療機関名

医師名