



香川県立中央病院
Kagawa Prefectural Central Hospital

病児保育室ご利用のしおり



あいちゃん ぐらんくん
アイグラン公式マスコットキャラクター

〒760-8557 香川県高松市朝日町一丁目2番1号
TEL : 087-811-3333 (内線 : 2350)

AI GRAN

令和7年1月現在

目 次

I. ご利用までの流れ	2 ページ
II. ご利用案内	3 ページ
1. 対象者	
2. 運営概要	
3. ご利用にあたって	
III. 病児保育受入基準	5 ページ
IV. その他	6 ページ
1. 緊急時等における対応方法・非常災害対策	
2. 虐待の防止のための措置に関する事項	
3. 個人情報の取り扱い	
4. その他の留意事項	
V. 各種用紙	7 ページ～

I. ご利用までの流れ

事前登録

病児保育をご利用される場合、必ず事前登録が必要となります。

ご希望の場合は、以下の受付時間内に保育園（087-811-3333 内線：2350）にご連絡の上、保育園までご提出をお願い致します。

※受付時間：月曜日～金曜日 7時30分から17時30分まで

【提出書類】・利用申込書 ・児童票

※ご兄弟の場合もお一人ずつご記入をお願い致します。

※各種様式は、本しおりの末尾にあります。コピーしてご利用ください。

利用当日まで

① 病児保育室利用の予約

院内保育所にお電話にて病児保育の利用予約をしてください。

受付時間：月曜日～日曜日 7時30分から17時30分まで（当日予約可）

※土曜日・日曜日にお電話される際は、（080-7343-3376）までお電話ください。

⇒緊急時の受付番号になりますので、受付時間外やその他理由でのお電話はお控えください。

※予約電話の時点で小児科医の受診がまだの場合は、仮予約となります。

※満室の場合はお断りさせて頂くこともありますので、ご了承ください。

※やむを得ず予約をキャンセルされる場合は、分かった時点でお早めにご連絡ください。



② 小児科医の受診

事前に小児科医師の診察を受けて頂き、医師に「病児保育利用連絡票」をご記入頂いてください（保護者記入欄は保護者様にてご記入ください）。

※病名によってはお預かりが出来ない場合がございます。

※新型コロナウイルス感染症は受入対象外のため、発熱の症状がある場合は検査を行い、陰性であることをご確認ください。



③ 入室

通常保育の入口と別になっています。

到着後、保育所にお電話頂き、病児保育室専用入口前でお待ちください。



④ 面談

以下の書類を当日ご提出頂き、病児保育担当職員と面談し、症状やお預かりの配慮事項、当日のお迎え時間等をお伺いさせていただきます。

【提出書類】・病児保育利用連絡票 ・入室時確認用紙（当日入室前に記入）

・薬投与依頼書（該当がある場合）



お預かり

Ⅱ. ご利用案内

1. 対象者

■ お預かりできるお子さま：

- ・ 香川県立中央病院で勤務されている方の子ども
- ・ 生後3か月～未就学児までで、勤務等の都合で家庭での保育が困難な場合
- ・ 小児科を受診し、利用許可が出た場合

2. 運営概要

■ 利用定員：1 症例 3 名

■ 利用日時：月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）8：00～18：30

■ 利用料金：給与天引きにて徴収 ※難しい場合は現金支払い。

保育料	0 歳児	2,100 円/日
	1 歳～3 歳児	1,800 円/日
	4・5 歳児	1,650 円/日
給食費	0 歳児	200 円/日
	1 歳～3 歳児	300 円/日
	4・5 歳児	400 円/日
	月極利用者	0 円

■ 支払方法：給与天引きにて徴収。※難しい場合は現金支払い

■ 食 事：【月極でご利用の方】保育所からの提供（離乳食、アレルギー食対応可） 【一時利用の方】保育所でレトルトにて提供（離乳食、アレルギー食対応可） ※持参を希望される場合お申しつけください。

■ 配置職員：保育士 1 名（看護師については病院より 1 日 2 回ラウンドにて対応）

■ 受入判断：受入の最終的な判断は医師が決定します。 ただし、骨折等の外傷性疾患は対象外とします。

3. ご利用にあたって

(1) 投与薬について

かかりつけ医から処方された薬がある方はご持参ください。

「薬投与依頼書」「お薬手帳」の提出をお願いいたします。

(2) 持ち物 ※持参されるものには、必ずお名前をお書きください。

① 必ず持参していただくもの

- 病児保育利用連絡票
- 入室時確認用紙
- 母子手帳
- 着替え、タオル、バスタオル、大きめのビニール袋

② 必要に応じて持参していただくもの

- 哺乳瓶、ミルク
- 薬、薬投与依頼書、お薬手帳
- 食事用エプロン、コップ、歯ブラシ、オムツ、おしりふき、汚物入れ、スタイ

(3) ご家庭との連携

- 当日の様子は、「[病児保育利用時の保育日誌](#)」にてお知らせいたします。
- 保育中、症状の変化等、場合によっては保育を中止し、お迎えをお願いすることがあります。
- 緊急時の医療処置は事後承諾になることもあります。その場合、医療費は各ご家庭での負担となります。

(4) 利用にあたってのお願い、注意事項

- 通常保育と入り口が異なりますので、ご注意ください。
- 予約があっても、来室時の病状によってはお預かりできない場合があります。
- 利用者間での感染には細心の注意を致しますが、病気が絶対にうつらないというわけではありません。
- 当日の利用状況により、感染症の既往がある場合、それらの感染症のお子様と同室の保育になることもあります。
- 保育室では、薬投与依頼書に基づく投薬は対応可能です。その他、座薬、解熱剤、予定吸入などは医師の判断に基づき、医師、看護師にて対応させていただきます。

(5) 緊急時の対応方法

- お子様の病気の症状など体調の変化から見られた場合は、保護者の方にご連絡し、必要な救急処置を行います。
- 医師による治療が必要と判断した場合には、原則として保護者の方に承諾を得た後、囑託医・かかりつけ医・または救急病院へ連絡・受診するなど、お子様の身体の安全を最優先とし、必要な処置をとらせていただきます。ただし、緊急時の場合は事後承諾になることもありますのでご承知おきください。

Ⅲ. 病児保育受入基準

病児保育を利用できない場合

- ・小児科の受診により病児保育が不可能と診断された場合。
- ・小児科の診察を受けていない場合。
- ・所定の「病児保育利用連絡票」を利用前に提出できない場合。

【症状例】

1. ぐったりして元気がない場合
2. 嘔吐、下痢等がひどく脱水症状がある場合、水分、食事の接種が不可能な場合
3. 咳・喘鳴がひどく呼吸困難である場合
4. 重篤な基礎疾患がある場合
5. 骨折等の外傷性疾患の場合

病児保育を利用できる場合

小児科の診察により病児保育が可能とその旨の記載を受けた
「病児保育利用連絡票」を利用時に提出する場合。

【症状例】

1. 発熱性疾患で食事・飲水が可能な場合
2. 軽度の鼻水・咳などの急性上気道症状
3. 軽度の下痢などの急性胃腸炎症状

【感染症について】

下記感染症に罹患している場合は利用できません。

1. 第一種感染症
2. 新型コロナウイルス感染症

※発熱の症状がある場合は検査を行い、陰性であることをご確認のうえご利用ください。

3. 結核、麻疹、水痘、腸管出血性大腸炎（O157）等の感染力の強い疾患

第1種感染症

エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘瘡、南米出血熱、ペスト、マールブルグ熱、ラッサ熱、ポリオ、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がSARS（サーズ）コロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであつてその血清型がH5N1であるものに限る。）。

* 上記の他、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項から第9項までに規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症。

Ⅳ. その他

1. 緊急時等における対応方法・非常災害対策

(1) 保育園の安全対策・危機管理

当施設は、非常災害時には別途定める非常防災対応マニュアルにより対応します。

防 災 設 備	・火災報知機 ・消火器
避難・消火訓練	毎月1回以上実施します。
避難場所	指定避難場所：香川県立中央病院 広域避難場所：新塩屋町コミュニティセンター 総合教育センター、高松市総合体育館

(2) 緊急時の対応

利用している子どもに病状急変・事故等の緊急事態が発生した場合、子どもの家族等に連絡を行うとともに、医学的対応等、必要な措置を行うこととします。

(3) 保険に関する事項

当施設では、以下のとおり保険に加入しています。

種 類	保育サービス業総合補償
内 容	【1】賠償責任補償 【2】お子様の傷害事故補償
【1】 補 償 金 額	身体障害支払限度額（1名/1事故） 2億円/10億円 財物損壊支払限度額（1事故） 1億円 ※免責3万円
【2】 補 償 金 額	死亡・後遺障害100万円、入院保険金日額1,500円、 通院保険金日額1,000円

2. 虐待の防止のための措置に関する事項

当施設では、利用する子どもの人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者の設置その他必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修の実施をする等の措置を講じます。

3. 個人情報の取り扱い

当施設は、業務上知り得た利用する子ども及びその家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）その他関係法令等を遵守し、適正に取り扱うものとします。

なお、以下の目的のために必要最小限の範囲内において使用することがあります。

- ア 他の教育・保育施設等へ転園する場合、その他きょうだいが別の教育・保育施設等に在籍する場合において、他の施設との間で必要な連絡調整を行います。
- イ 緊急時において、その他関係機関に対し必要な情報提供を行います。

4. その他の留意事項

- (1) 送迎は保護者が行ってください。保護者以外の方が来る場合は事前に保護者から連絡をお願いします。
- (2) 保育時間は、勤務時間内及び送迎のために勤務部署から保育園までに要する時間内とします。
- (3) ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）に当施設及び利用者に係る誹謗・中傷又は個人情報に掲載はご遠慮願います。

V. 各種用紙

次ページより適宜コピーしてご利用ください

- ・ 保育園利用申込書（事前登録）
- ・ 児童票（事前登録）
- ・ 病児保育利用連絡票（病児保育利用のたびに提出）
- ・ 入室時確認用紙（病児保育利用のたびに提出）
- ・ 薬投与依頼書（かかりつけ医から処方されたお薬のある方のみ）

保 育 園 利 用 申 込 書

西暦 年 月 日

下記のとおり、保育園入園を願い出ます。
 なお、保育園における諸規則及び指示を遵守すること誓約します。

申請者

所 属		職 種	
フリガナ 氏 名		職 員 区 分	正職員 ・ パート その他
現 住 所	〒	自 宅 電 話 番 号	
		携 帯 電 話 番 号	

入園を希望する保育乳幼児

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日 西暦 年 月 日
保育の実施を希望する期間		自	西暦 年 月 日
		至	西暦 年 月 日
利 用 区 分	月極 ・ 一時 ・ 病児		
保育の実施を必要とする理由			

家族構成（入園を希望する乳幼児はのぞく）

世 帯 員	続 柄	性別	生 年 月 日	年 齢	勤務先・学校名など
フリガナ 氏 名		男 女		歳	
フリガナ 氏 名		男 女		歳	
フリガナ 氏 名		男 女		歳	
フリガナ 氏 名		男 女		歳	
フリガナ 氏 名		男 女		歳	

決 裁 欄

--	--	--

児 童 票

保育施設名 院内保育所

西暦 年 月 日 現在

登録園児	ふりがな 園児氏名		愛称		性別	生年月日	
					男 女	(歳 ヶ月)	
	自宅住所 (〒 -)						
	自宅電話番号						
	かかりつけ医 () 医院・病院						
家族構成・連絡先	氏名	年齢	続柄	勤務先		連絡先	
		歳					
		歳					
		歳					
		歳					
		歳					
		歳					
新生児期		出生時の異常 有 ・ 無		発育・発達		ふつう・少し遅れていると思う・わからない	
予防接種	四種混合	受けていない・受けた (1回 2回 3回 I期追加)					
	B C G	受けていない・受けた		ポリオ		受けていない・受けた	
	はしか (麻疹)	受けていない・受けた		風疹		受けていない・受けた (1回 ・ 2回)	
	水ぼうそう	受けていない・受けた		おたふくかぜ		受けていない・受けた	
これまでにかった主な感染症・病気							
1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 熱性けいれん (回数 回) (最後はいつ 年 月 日) 7 アトピー性皮膚炎 8 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時のみ治療) その他 ()							
入院歴	ない ・ ある	(病名 : 歳 ヶ月)					
		(病名 : 歳 ヶ月)					
服用している薬		ない ・ ある (具体的に :)					
アレルギー		ない ・ ある (具体的に :)					
その他	体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあればご記入ください						

院内保育所 病児保育利用連絡票

児童の氏名		
令和 年 月 日生（ 歳） 男 ・ 女		
令和 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。		
診断医療機関名 及び電話番号		診断医師署名 ⑩

※太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載すること。

症状（病名等）	
経過（検査内容等）	
治療（処方内容）	食前 ・ 食後 ・（ 時）・ その他（ ）

保育上の留意点

安静	特に制限なし・ベッド安静・その他（ ）
食べ物	特に制限なし・絶食・その他（ ）
薬	特になし・処方の通り・その他（ ）
隔離の可否	要 ・ 不要
その他留意事項	

医師により上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

令和 年 月 日

保護者名

連絡事項

保護者の所属			
緊急連絡先 (電話番号/氏名/関係)	(第一) 電話：	— —	関係()
	(第二) 電話：	— —	関係()
お迎え予定者	関係()		

※緊急連絡先は必ず連絡の取れる連絡先を記入ください

※電話番号に加え、所属部署の内線番号をご記載ください。



入室時確認用紙



名前		愛称		利用日	年	月	日 ()
緊急連絡先	氏名()	内線:		保育時間	時	分~	時 分まで
《前日から朝までの様子》				《症状について》			
機嫌	良・普通・悪 ()			①いつから→			
睡眠	よく眠れた・普通・あまり眠れていない			②どのような症状→			
食事	食欲: 有・普通・無			【発熱】 最高: °C			
排便	無・有 () 回 (硬め・普通・軟め・泥状・水様)			【咳】 ・コンコン ・ケンケン ・ゴホゴホ ・ゼーゼー ・痰咳 ・その他()			
体温	昨夜: °C			【鼻水】 ・水鼻 ・青鼻 ・鼻閉			
	今朝: °C			【痛み】 ・頭 ・目 ・耳(右・左) ・のど ・おなか ・その他()			
その他				【嘔吐】 (最後の嘔吐: 日 時頃)			
				【下痢】 (最後の下痢: 日 時頃 回/日) ※水分は? 取れる・あまり取れない・取れない ※排尿回数は? 少ない・いつもと同じ・多い			
				【発疹】 月 日ごろより (日目) 場所()			

与薬について

【薬】 有 : 無 → 飲み方: ()

最終与薬時間 () 時ごろ服用

【とんぶく薬】 有 : 無

°C以上にて服用希望 : なるべく希望しない

座薬→(解熱 : けいれん止め) °C以上

・薬を使用する際の連絡 (必要・不要)

※ 熱性けいれん (有 : 無) → 最終けいれん日(年 月 日) (回)

【その他】 貼り薬 : 吸入 : 塗り薬

用途()

ミルクについて

母乳 : ミルク

最終授乳時間 (時ごろ)

(CC)

普段の1回の量 (CC)

普段の授乳間隔 (時間)



薬 投 与 依 頼 書

保育施設園長殿

記入日： 年 月 日

依頼者 _____ 印

(園児名) _____ は下記の医師の指示により保育施設でも投与させる必要が
ありますので、保護者に代わり薬の投与を依頼します。

保 護 者 様 記 入 欄	1	病院名			医師名			
	2	病名			症状			
	3	薬名						
	4	保管方法	該当するものに○をしてください 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()					
	5	・ 投与時間 ・ 投与する薬の種類	該当するものに○をしてください					
			昼食 (食前・食後)	夕食 (食前・食後)	翌朝 (食前・食後)	その他 ()		
粉薬 ()包			粉薬 ()包	粉薬 ()包	粉薬 ()包			
シロップ ()cc			シロップ ()cc	シロップ ()cc	シロップ ()cc			
錠剤 ()錠			錠剤 ()錠	錠剤 ()錠	錠剤 ()錠			
6	その他注意事項							

保 育 施 設 記 入	投与日時	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
	投与者						
	確認者						