



ひよこハウス利用案内



あざかみこどもクリニック

対象年齢	生後3か月から小学校6年生まで
利用時間	月、火、水、金、土、の午前8時30分から午後6時まで（土曜日は午後5時まで）
休室日	木、日祝日、小児科の休診日（お盆、年末年始など）
予約受付時間	電話にて：前日の午後4時から6時 または、当日の午前8時から9時まで → 8:30
予約先	☎0949-25-2666 直方市大字頓野 3815-1
キャンセル	前日予約された方で当日キャンセルされる場合はご利用当日の午前8時から9時までに必ずご連絡ください。
料 金	直方市在住の方1人1日2000円（所得で減免制度あり）2人目以降1000円 直方市外の方も利用当日の午前8時30分以降の時点で定員に空きがあれば受け入れ可能です。1人1日2000円です。
昼食など	昼食、おやつ、飲み物（ジュース、お茶など）は持参してください。

◇当日のご利用手順

ご利用の際はご予約の上、あざかみこどもクリニック受付に直接お越しください。病児保育を初めて利用する場合は利用登録書と同意書の提出をお願いいたします。また利用ごとに利用申込書の提出が必要です。

当日提出されてもかまいませんが、事前に利用登録書と同意書の提出をお済ませのほうがスムーズに入室できます。医師の診察後、病児保育室に入室します。

◇持ってきていただくもの

- 利用申込書、健康保険証、乳幼児医療証、母子手帳、お薬手帳（服薬中のお薬の内容のわかるもの）

利用免除制度を利用される方は必要書類。

- 昼食、おやつ2回分、飲み物は持参してください。哺乳瓶、ミルク。

- 服上下（1～2枚）、下着（2～3枚）、食事用エプロン（よだれかけ2～3枚）、おむつ・おしりふき（下痢の時は多めに）、ビニール袋2～3枚（使用済みのおむつなどのお持ち帰りのため必要）

- お昼の薬がある場合は持参してください。朝は必ず内服させてからおいでください。熱がなくても解熱剤はご準備してください。

- お出迎えの際に身分証明書（免許証、保険証）を確認させていただきます。

~~生活保護世帯、市県民税非課税世帯、所得税非課税世帯のお子様は、保育料の減免制度があります。~~

~~下記の書類をご準備ください。~~

世 帯	書 類	入 室 料 金
生活保護世帯	保護受給証明書原本	500円 二人目以降 0円
市町村民税非課税世帯	非課税証明書原本	1000円 二人目以降 500円
ひとり親家庭 かつ 市町村民税非課税世帯	ひとり親が証明できるもの（ひとり親家庭等医療証） 非課税証明書原本	500円 二人目以降 0円

ひよこハウス施設利用に関する同意書

お子さまが安全に心地よく過ごせるためにご協力お願いいたします

ひよこハウス施設長
阿座上 才紀

1. 当日はあざかみこどもクリニックにて診察を受けてから病児保育室へ入室となります。状態によってはお預かりできないこともあります。
2. 予約のキャンセルは必ず当日の8時から9時までにしてください。キャンセルの電話がないと、キャンセル待ちの病児が入室できません。
3. 病児は急変することがあります。
 - ・必ず、連絡がつく電話をお教えてください。
 - ・入室後の状態の変化で、予定外の処置や投薬を行うことがあります。保護者との連絡がつかない場合は医療施設の判断で処置を行います。
4. 午前中の入室は10時半までをお願いします。ご連絡なく時刻が過ぎた場合は自動的にキャンセルになります。
5. お迎え時間に何度も遅刻される場合や、無断キャンセルが続くときは以後の入室をお断りすることがあります。

上記の事項について理解し同意します

令和 年 月 日

保護者氏名

年 月 日

あざかみこどもクリニック 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名 印
(児童との続柄:)

病児保育事業利用申請書

このたび、下記により病児保育事業を利用したいので、必要書類を添付して届け出ます。

児 童	住所			
	氏名		男・女	年 月 日生 (歳 月)
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
保護者連絡先			緊急連絡先	
事業を利用 する理由				
世帯状況	1. 生活保護世帯 ※生活保護受給者証明書を添付してください。 2. 市民税非課税世帯 ※申請年度の前年度分の市民税課税状況がわかる証明書を提出して ください。 3. その他の世帯			
迎えに来る 保護者				
迎えに来る 予定時間				
備 考				

新規	再登録
市・町	

ふりがな 児童氏名	愛称 ()		男 ・ 女	通園 (学) している 学校名等	小学校 幼稚園 保育園 (所)		
生年月日	年 月 日生 (歳 か月)						
住所	電話						
家族状況	氏名	続柄	勤務先等	電話	備考		
緊急連絡先1	電話						
緊急連絡先2	電話						
生育歴	妊娠中の異常 なし・あり () 出生時体重 (g)、身長 (cm) 子どもさんの平熱 (°C) 前後 栄養法 母乳・人工・混合 離乳食摂取期間 (か月から か月)						
食事状況	普通食 離乳食 (前期・中期・後期) ミルク アレルギー等で制限をしている食品 なし・あり ※ある場合は記入してください () その他 ()						
予防接種	BCG	未	済				
	三種混合	未	第1期初回 (1回・2回・3回)		第1期追加		
	四種混合	未	第1期初回 (1回・2回・3回)		第1期追加		
	ポリオ	未	生ワクチン (1回・2回)		不活化ワクチン () 回済		
	MR 混合	未	第1期・第2期		麻疹 (はしか)	未	第1期・第2期
					風しん	未	第1期・第2期
	日本脳炎	未	第1期初回 (1回・2回)		第1期追加		
	ヒブワクチン	未	() 回済				
	小児用肺炎球菌	未	() 回済				
	B型肝炎	未	(1回・2回・3回)				
	みずぼうそう	未	済				
	おたふくかぜ	未	済				
その他	()						
既往歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑 (りんご病) 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他 ()						
	今までにかかった病気で注意すべきものについて記入して下さい。 (例: 熱性けいれん、喘息、心臓病等) 必要ならば対処方法についても記入してください。						
薬品についての、アレルギー反応を起こすなど注意が必要なものがある場合に記入してください。							

その他	・性格		・好きな遊びやおもちゃ	
	・くせ等			
	お子様のことで心配なことがあれば具体的にお書きください。			
医療機関 かかりつけ	小児科	病院名 電話番号	皮膚科	病院名 電話番号
	耳鼻科	病院名 電話番号	眼科	病院名 電話番号
	その他			
健康保険の種類		社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 私立学校教職員共済組合 ・ 国家公務員共済組合 地方公務員共済組合 ・ その他 ()		
健康保険の記号・番号		記号	番号	被保険者番号
被保険者番号		保険者名		

病児・病後児保育事業実施要綱第8条の規定により登録を申請します。なお、事業の利用中、病状の急性増悪等の理由により対応が必要な場合は、施設の指示に従います。

年 月 日

保護者住所

保護者氏名

利用記録	利用期間						利用日数	病名	
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日
	年	月	日	～	年	月			日

連絡事項