

「横浜市大倉山病児保育室 アクアマリン」

横浜市の子育て支援の一環として市より委託されました

おおそねクリニック併設の病児保育室です

病気のお子さまを、その養育者が仕事上の都合や介護・冠婚葬祭など社会的にやむを得ない事情で
家庭での育児が困難なとき、看護師・保育士がお預かりいたします

住所 港北区師岡町 1148-1 2 階
交通 東急東横線「大倉山」駅下車、徒歩 6 分
電話 045（718）6730
ホームページ <http://osoneclinic.jp/>

定員 4 名

対象疾患 通常の外来で治療可能な病気
ただし、麻しん（はしか）、流行性角結膜炎（はやり目）、新型コロナ等は対象外

対象年齢 生後6か月～小学校6年生

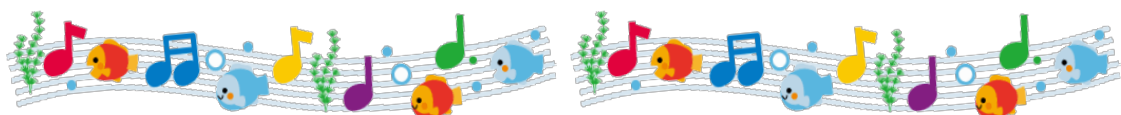
開室時間 月曜日～金曜日 8:30～18:00（最終お迎え17:30）

お休み 土曜・日曜。祝日・年末年始・臨時休診日

利用料 1日 2,000円
（横浜市在住の生活保護世帯及び市民非課税世帯・ひとり親世帯は無料となります）

☆横浜市以外にお住まいの方もご利用できます。

☆ご利用には事前登録が必要です。横浜市のアカウント作成と事前申し込みを行っていただきます



～～* ご利用の際に確認いただく重要事項 *～*～*

- ☆ 病名・症状がわからないとお部屋割りや受入れ人数の決定ができません。
ご予約をおとりになる際は、受診後、取得した **4 号様式を画像添付**のうえ、予約を行ってください。

- ☆ ご予約時、お子様の情報内容は未入力のないようご入力ください。
病児保育室は、普段のお子様の様子を把握しきれていない保育士・看護師がお預かりするため、保護者様からの情報、かかりつけ医からの指示や諸注意事項がとても大切です。

- ☆ 保育中、新たな症状が出たり、悪化が見られた際はお迎え要請をさせていただきます。必ず連絡をとれる状態、お迎えのできる状態でお預けください。必要であると判断した場合、おおそねクリニックまたは他の医療機関に受診していただく場合があります。

- ☆ 個別保育ではない為、他児への感染を防ぐ上で、新型コロナやインフルエンザその他、感染症の疑いがある場合は**発症後 1 2 時間経過後の検査の実施のご協力**をお願いいたします。
未検査又は 1 2 時間未満の検査実施で、入室時や保育中に感染症疑いの症状が見られた場合は再受診、検査実施のお願いをさせていただきます。

- ☆ 1 歳 2 か月以降で、特別な理由がなく **MR ワクチン**（麻疹・風疹混合ワクチン）を未接種の方のご利用はできません。

- ☆ 保育室では、点滴等の医療行為は行いません。

- ☆ 隔離を要する疾患（おたふくかぜ・水ぼうそう等）でお預けになった場合でも、それらの疾患の既往歴のあるお子様と利用状況により同室になる場合があります。
（ワクチン接種のみの方はその限りではありません）

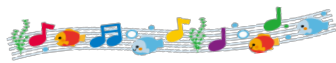
- ☆ 保育室開室時間は、18：00 までです。お迎え時に一日の様子や病状などの報告・連絡事項の確認などをさせていただきます為、お迎えは **17：30 まで**にお願いします。
（お迎え予定時刻より遅れる場合で、ご連絡のない場合や事故等のやむを得ない事情以外で遅刻された場合は、次回以降のご利用をご遠慮いただくことがありますので、ご注意ください。）

- ☆ お迎えは、『利用当日連絡表』に書かれた方がいらしてください。やむを得ずお迎えの方を変更される場合は、変更前の方からのご連絡が必要となります。『利用当日連絡表』にご記入されている方以外のお迎えは、確認が取れてからでないとお子様のお引き渡しができません。

- ☆ キャンセルの場合は、**当日 6：30 までに**横浜市病児保育 WEB 予約システムでのキャンセルをお願いします。

- ☆ 入室に関して心配な点、不明な点などありましたら、事前にお電話にてご確認をお願いします。

～～*～*～*～*～*～*～*～*～*～*～*～*～*～*～*



アクアマリン当日の持ち物



- ① 横浜市保病児育事業利用連絡書（第4号様式）横浜市指定 医師に記入していただく用紙 **（必須）**
- ② 横浜市病児保育事業利用申込書（第5号様式）横浜市指定 保護者が記入する用紙
- ③ アクアマリン利用当日連絡表 （アクマリ HP から印刷できます） **毎回持参**
- ④ アクアマリン健康管理表 （アクマリ HP から印刷できます） 月の初回利用時のみ
- ⑤ 健康保険証またはマイナンバーカード **（必須）** コピーは不可 月の初回利用時のみ
- ⑥ 乳児医療証 **（必須）** コピーは不可 月の初回利用時のみ
- ⑦ 母子健康手帳原本 **（必須）** コピーは不可（予防接種欄確認のため） 月の初回利用時のみ
- ⑧ 薬 すべてのお薬1回分ずつ分けて各々に明記の上ご持参ください。予備を一つご用意ください。
お子様によって必要な内服用ゼリー・スポイトなどがありましたら、一緒にご用意ください。
- ⑨ お薬手帳または薬剤提供用紙（お子様の名前が明記されているもの）
投薬を希望するすべてのお薬内容が記載されているかご確認ください
- ⑩ お弁当・（アクマリ HP の Q&A 内容の確認をお願いいたします）
- ⑪ お茶かお水（おやつ用としてのジュースなどの持参も可能です。発熱・嘔吐・下痢などの症状がみられる場合はイオン水などの持参もお勧めいたします。予備としてペットボトル 500 cc 1 本以上の水分をご持参ください。）
- ⑫ 粉ミルク ご自宅で使用しているものを一回分ずつに分けてお持ちください。
（体調やご機嫌不良で飲み損ねる場合があります予備も必ずお持ち下さい）
- ⑬ 哺乳瓶・乳首（保育室での洗浄・消毒は行っていないので授乳回数分お持ちくださいますようお願いいたします）
- ⑭ マグ・コップ ペットボトルから直接の飲用ではなくマグ及びコップの持参をお願いいたします。
- ⑮ スプーン・フォーク・お箸等（保育室での食器洗浄は行っていないので飲食の回数分お持ちください）
- ⑯ おやつ 好きなもの/アレルギーのお子様においては、特殊ミルクやおやつ等ご自宅で食べなれているものをご用意ください
（飴玉・棒付きお菓子・ガムなどのご持参はご遠慮ください。幼児用おやつは負担金 100 円で保育室でもご用意できます。）
- ⑰ 着替え上下・下着（発熱・嘔吐・下痢症状のあるお子様、汗をかきやすいお子様は多めにご用意ください。）
- ⑱ オムツをご使用の場合は 8～10 枚程度・おしり拭きを忘れずにお持ちください。
*保育中オムツが足りなくなった場合は、紙オムツ 1 枚 50 円をご負担いただきます。
- ⑲ マスク 2 歳以上のお子さまで咳症状が見られる場合は **マスク着用必須**となります。
- ⑳ 食事用エプロン（必要な児）昼食時・おやつ時 2 枚以上
- ㉑ 手拭きおしぼり（食事・おやつ時ごとに使用します回数分の枚数をお願いいたします）
- ㉒ 大きめのバスタオル 2 枚（お昼寝時、**シーツ・肌掛け用として使える大きさの物**・タオルケット 毛布でも可）
- ㉓ 汚れもの・濡れたもの入れビニール袋 2 枚以上（お忘れの場合 1 枚につき 10 円をご負担いただきます）



必須と書かれているものが確認できない場合はいかなる場合も入室することが出来ません。



その他保育中に必要と判断した水やお茶なども 自費をご負担いただきます。



すべての持ち物にお名前をお書きください。記名の無い物は保育室で記入させていただくことがあります。



生活保護市民非課税など減免のある方は生活保護証明書・市民税非課税証明書の原本をお持ちください。

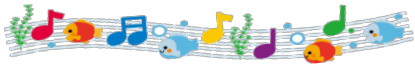
（毎年6月に更新となります）



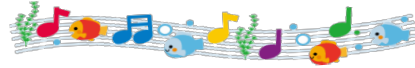
ひとり親世帯の方は「ひとり親福祉医療証」の原本をお持ちください。（利用料が免除されます）

※当日は必用書類・持ち物がすべて揃っている方からご案内させていただきます。記入漏れ・不備などある場合は受付の順番を前後させていただきますので記入漏れやお忘れ物のないようご準備ください。





Q&A



Q まだ、6ヶ月になっていないのですが登録は可能ですか？

A 大丈夫です。横浜市のアカウント作成と事前申し込みを行っていただきます。
横浜市ホームページ 乳幼児一時預かり事業から手続きをお願いします。

Q まだ登録をしていないのですが、これから登録に行って、そのまま利用することはできますか？

A 横浜市のアカウント作成と事前申し込みが必要となります。
横浜市ホームページ 乳幼児一時預かり事業から手続きをお願いします。

Q どんな病気でも預かってもらえますか？

A はしかと角結膜炎・コロナウイルスのような国の指定感染症等以外のご病気や、特別な処置等が不要の怪我でしたら受け入れ可能です。

インフルエンザ等、異常行動や脳炎などの発症のおそれがある場合、また、胃腸炎等で脱水症状の危険がある場合など、病状によっては受け入れできなかったり、早めのお迎えをお願いしております。(水分摂取できている状態でのお預かりとなります)

※また、個別保育ではない為 感染症の疑いがある症状（発熱等）の方は発症後12時間経過後の検査の実施をお願いしております。

Q 薬は飲ませてもらえますか？

A お薬手帳の指示に従い、与薬させていただきます。
お薬と一緒に薬手帳か薬剤提供用紙をご持参ください。
携帯アプリの方は画面を印刷してきてください。
また、お薬は1回分ずつに分けて、各々に記名のうえお持ちください。シロップ等も1回分ずつになっていないとお預かりできません。
(水薬はお弁当の調味料入れ等をご利用になると便利です)

Q 吸入器（医療機器）などの対応をしてもらえますか？

A 当保育室では医療行為は行っておりません。お薬の内服のみ対応させていただいております

Q 自転車・ベビーカーで行っても大丈夫ですか？

A ベビーカーは、階段下に置いていくことは可能です。防犯においては自己管理となります。
自転車は、救急車両利用時に、すぐ退去できなければならないため、おおそねクリニック駐輪場の利用は送迎時のみの利用とし、保育室利用時（日中）は別の駐輪場をご利用いただくようお願いいたします。

Q 持ち物は何を持ってくればよいですか？

A アクアマリンHP【当日の持ち物】をご参照ください。

Q お弁当はどんなものを持ってくればよいですか？

A その時のお子さまの病状にあったものをお持ちください。

保育室では、冷蔵庫で保管し、レンジで温めて提供しています。温められる容器でお願いします。

窒息防止のため丸い形状のものの提供はできません。（プチトマト・うずらの卵・フルーツ等）

1/2・1/4にカットしてお持ちください。また、保育士が食材をカットしたり皮をむいたりすることもできないため、お子様が自分で食べられる状態でご持参いただくようお願いします。

Point

体調の悪い時に慣れていない場所でのお預かりとなるため、ご機嫌が悪く水分補給がなかなかできないお子さまがいらっしゃいます。お茶、お水以外にご褒美的な飲み物（ジュースや飲むゼリー等）をご用意いただくと、水分補給を拒絶しているお子さまへの応急対応ができますのでよいと思います。また、体調不良のため食事時間に十分な食事が摂れないお子さまがいらっしゃいます。気分や体調が落ち着いたときに再度何か食べられる予備食もご持参いただくと助かります。（予備食には「予備」とご記入ください）

Q おやつは何を持ってくるでもいいですか？

A 小さいお子さまは午前・午後2回、幼児・児童は午後1回おやつの時間を設けています。お子さまの好きなものをご持参ください。（冷蔵可）

飴玉・ガム・棒付きのお菓子は安全上お控えください。

Q 一日ではなく1～2時間だけの利用はできますか？

A 8:30～17:30の間で必要な時間だけご利用いただけます。お子さまの体調や保護者さまのお仕事の状況にあわせて調節しご利用ください。ただし利用料は一律2000円となります。

Point

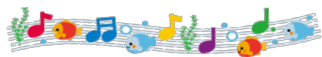
ご予約された入室時刻を過ぎる場合は、ご連絡をお願いします。

お時間を過ぎても来室されない場合は、キャンセル扱いとなります。

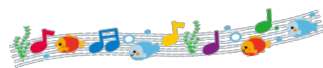
また、入室・お迎えが15分以上早まる場合も、入室準備・お迎えの支度等がありますのでご連絡いただけますようお願いいたします

ご利用に関して不安なことなどありましたら、保育室までご連絡ください





病児保育室アクアマリン 利用当日連絡表



※ご利用の際 毎回ご記入の上提出ください

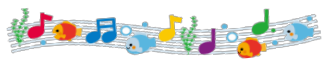
利用年月日 20 年 月 日

保育室管理 NO	ふりがな 名前 男・女 いつもの呼び方()	20 年 月 日生 歳 ヶ月	体重 kg	平熱 °C 昨夜 °C 今朝 °C					
お迎え時間 時 分	お迎えに来る方 氏 名 続柄 ()	本日の緊急連絡先 ① 名称 ()	本日の緊急連絡先 ② 名称 ()						
体 調 に つ い て									
発熱 なし・あり→	月 日 時頃～ (°C) 受診時 (°C) 最高 (日 時頃 °C) 解熱剤の使用 なし ・ あり (回 / 最終使用 月 日 時 分)								
鼻水 なし・あり→	月 日 時頃～ 本日の状態：少し ・ 多い (水鼻・青鼻) ・ 鼻詰まり								
咳 なし・あり→	月 日 時頃～ 本日の状態：少し ・ 多い (コンコン・ゴホゴホ・ケンケン・ゼイゼイ)								
嘔吐 なし・あり→	月 日 時頃～ 回 最後の嘔吐 月 日 時頃 (咳込み・吐き戻し)								
下痢 なし・あり→	月 日 時頃～ 回 最後の下痢 月 日 時頃 (水様・泥状)								
発疹 なし・あり→	月 日 時頃～ 全身・頭・顔・手・おなか・おしり・背中・全身・くち								
(今回の発病時) 痙攣 なし・あり→	月 日 時 分 熱 °C 発症時の様子 () 解熱剤 () 使用 時 分 / 痙攣止め () 使用 時 分 / 受診済・未								
食欲	昨夜：なし ・ 少し ・ あり (食べた内容 時間 / 時 分頃) 今朝：なし ・ 少し ・ あり (食べた内容 時間 / 時 分頃)								
睡眠 ・ 機嫌	よく寝た ・ 少ない ・ 不眠 / 機嫌よい ・ 普通 ・ 悪い								
最後の排尿・おむつ替	日 時頃 ・ いつもと同じ ・ 少ない ・ あまり出ていない								
最後の排便・おむつ替	日 時頃 ・ 普通 ・ 硬い ・ 軟便 ・ 水様便								
他、伝えておきたい事									
① 普 段 の 生 活 と ② 昨 日 の 様 子 (起床・睡眠・食事(ミルク)・遊び時間など記入)									
①	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
②	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
く す り に つ い て									
処方されている薬	なし・あり→処方日 月 日 今朝服用した薬(薬名) 時 分								
保育室で飲む薬 なし ・ あり	内服薬：薬名 () 時間・飲ませ方 () 外用薬：薬名 () 時間・条件 ()								
1回分ずつに分けて持参	頓服： 薬名 () 時間・条件 ()								

上記に相違なく報告し病児・病後児保育の利用を申し込みます。また、下記の事項すべてに同意いたします。

- ① 子どもの容態が悪化した場合また、入室時と異なった症状が見られた場合 私及び私の代理人が早急に迎えに行きます。また、医療機関での受診が必要であると判断された場合の受診に同意し要した費用についても支払います。
- ② 持参した食事・薬に関する一切の責任は私にあることとし、万一持参した食事・薬の摂取により子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。
- ③ 保育室での規則を守り、守れなかった際には、今後利用ができなくなる場合があることに同意いたします。
- ④ 万一の保育室での感染については了承します。 HP 承諾事項内容の確認をいたしました。

20 年 月 日 保護者氏名



ア ク ア マ リ ン 健 康 管 理 表



※月の初回利用時のみ母子手帳・保険証又はマイナンバーと一緒に提出ください。

保育室管理 NO	ふりがな 名前		生年月日 20 年 月 日生 歳 ヶ月				
乳 児 期 の 発 達 (2歳未満の児 及び 発達に不安のある方はご記入ください)							
首のすわり	ヶ月	おすわり	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月	一人歩き	ヶ月
寝返り	ヶ月	ハイハイ	ヶ月	伝い歩き	ヶ月	意味のある初語	ヶ月
体重増加	普通・不良	その他心配な事 ()					
けいれん ・ アレルギー							
熱性けいれん	なし ・ あり	回数 今まで 回	初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月	薬の使用 なし ・ あり 薬名 ()			
その他けいれん	なし ・ あり	回数 今まで 回	初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月	薬の使用 なし ・ あり 薬名 ()			
食物アレルギー	なし ・ あり	→食材 ()		薬の使用 なし ・ あり			
薬アレルギー	なし ・ あり	→薬剤 ()		薬名 ()			
先 天 性 の 病 気 ・ 既 往 歴							
病 名		年 齢		入 院			
1		歳 ヶ月		なし ・ あり			
2		歳 ヶ月		なし ・ あり			
3		歳 ヶ月		なし ・ あり			
今 ま で に か か っ た 感 染 症 (罹ったものに○と年齢をご記入下さい)							
麻疹	歳 ヶ月	風疹	歳 ヶ月	水痘	歳 ヶ月		
おたふくかぜ	歳 ヶ月	突発性発疹	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月		
B型肝炎	歳 ヶ月	新型コロナ	歳 ヶ月	その他			
予 防 接 種							
BCG	未 ・ 済	水痘 (みずぼうそう)	未・1回・2回	おたふく	未・1回・2回		
MR	未・1期・2期	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ (今季)	1回目 月 日 / 2回目 月 日				
4種混合	未 ・ 初回 (1・2・3) ・ 追加	5 種混合	未 ・ 初回 (1・2・3) ・ 追加				
H i B	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加				
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回	日本脳炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加				
ロタウイルス	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回	その他予防接種					
常 用 薬 (先天性の疾患・既往歴に対応する処方薬など普段使用している薬があれば記入して下さい)							
内服			外用				
座薬			吸入				
生 活 習 慣 (該当するものすべてに○)							
睡眠のリズム	不規則 ・ 規則的 / 起床：(時 分頃) 就寝：(時 分頃) 昼寝① 時 分 ～ 時 分 昼寝② 時 分 ～ 時 分						
睡眠の姿勢	・ラック ・布団 ・ うつ伏せ ・ 添い寝 ・ おっぱいを飲みながら ・ 他 ()						
食欲	・よく食べる ・普通 ・食が細い		食べる速さ	・早い ・普通 ・遅い			
食事内容	・母乳 回/日 ・ミルク cc× 回/日		間食 (おやつ)		なし ・ あり 回		
	・離乳食 回/日 ・幼児食 ・普通食 ・アレルギー食						

代理お迎え申請書

申請年月日 年 月 日

- ＊「なりすまし」を防止する目的から、申請書は保護者ご本人が保育室にご持参ください。
- 代理人が申請書をご持参になっても申請は受付られません。
- ＊代理人情報は代理人がお迎えに来る際に保育室にご提示頂く身分証明書・運転免許書等に記載されている情報をご記入ください。
- ＊代理人情報が、ご提示頂く身分証明の記載と異なる場合は防犯上の観点から、お子様の引渡しをお断りする場合があります。

＊お子様＊

ふりがな		性別	生年月日		
お子様のお名前		男	西暦	年	月 日
		女	満	歳	ヶ月

＊保護者＊

ふりがな		性別	生年月日		
お名前		男	西暦	年	月 日
		女	続柄		
ふりがな					
現住所	都道府県		市町村		
	マンション名・部屋番号				
電話番号	— —	携帯番号	— —		

＊代理人＊

ふりがな		性別	生年月日		
お名前		男	西暦	年	月 日
		女	保護者との関係		
ふりがな					
証明書記載住所	都道府県		市町村		
	マンション名・部屋番号				
電話番号	— —	携帯番号	— —		

＊～＊～＊ 保護者誓約書 ＊～＊～＊

保護者が止むを得ない理由からお迎えが出来ません。そのため当児童のお迎えを上記記載の代理人に委託します。
当該代理人には、記載上の注意点及び、お迎えの際の注意点を正確に伝え厳守させます。また、保育室が該当児童を上記記載の代理人に引き渡した後で、 事故やトラブルが発生した場合、全責任は保護者が負うことを誓約します。

保護者氏名 _____

＊～＊～＊ 代理人誓約書 ＊～＊～＊

(お子様の引き渡し時に代理人の方に署名していただきます)

保護者の依頼により、該当児童のお迎えを代理で行う事を承諾します。また、児童受け取り後から保護者への児童引渡しまでの間の安全管理を含む全責任は代理人である私が負うことを誓約します。

代理人氏名 _____