

医師の方へ

高槻市子ども未来部保育幼稚園総務課
(648-3273)

病後児保育とは

- 1 目的 子育て支援の一環として、高槻市に在住し、認可保育所、認定こども園、幼稚園、小規模保育事業、事業所内保育事業、認可外保育施設を利用している児童が、病気などの回復期にあり集団保育が困難かつ保護者の勤務等の都合により家庭で保育を行うことが困難な場合に、その児童の保育及び看護を行い、児童が心身共に健やかな成長を図ることを目的としています。
- 2 実施場所
 - 認定こども園 聖ヶ丘保育園 こども未来学舎内 病後児保育室・・・Tel 689-8720
(高槻市芝谷町19-7)
 - 認定こども園 深沢ガーデン内 病後児保育室・・・・・・・・・・Tel 671-0331
(高槻市東和町56-1)
 - 和光認定こども園内 病後児保育室・・・・・・・・・・Tel 669-2236
(高槻市上牧2丁目3-1)
 - 認定こども園 柱本保育園 こども未来学舎内 病後児保育室・・・Tel 678-6925
(高槻市柱本新町10-1)
- 3 対象児童 高槻市に在住し、認可保育所、認定こども園、幼稚園、認可外保育施設に在籍している生後6ヶ月から就学前までの児童。
- 4 利用の範囲 医師連絡票をもとに、病後児保育室の判断により入室の決定をします。

<対象感染症の範囲>

病名	目安
麻疹	解熱後3日を経過しているが集団保育に不安のある場合
風疹	発熱がなく、37、4℃以下 発疹出現3日以上経過
水痘	新しい水泡の出現が概ね見られず痂皮化が始まったら
流行性耳下腺炎	両耳下の腫張(+)でも熱(-) 食事摂取可能
溶連菌感染症	適切な抗生物質投与がなされ、解熱していれば
突発性発疹	解熱し診断が確定しておれば
ヘルパンギーナ	解熱し食事可能なら
とびひ	発熱(-) 一般状態がよい
百日咳	特有のレブリーゼ(独特の咳)が減少し、一般状態がよい場合
流行性結膜炎	感染期間長く注意必要、流涙 眼痛 眼脂 リンパ腺腫脹が始まれば可能 発病後1週間経過後
急性出血結膜炎	潜伏期1日と短い事に注意眼脂(-) 結膜下出血が消退 発病後1週間経過後
咽頭結膜炎	解熱し結膜充血減弱した場合
乳児嘔吐下痢症 (腸管感染症)	嘔吐(-) 脱水症状明白でなく一般状態安定
インフルエンザ	発熱がなく主要症状が軽減
新型コロナウイルス	発熱がなく主要症状が軽減
急性上気道炎	発熱、咳が著明でなく一般状態安定

◆ただし以下の場合には入室できません。

- (1) 熱 登園時より38度以上の熱がある場合。
- (2) 嘔吐・下痢・胃腸障害
給食の中で対応できる範囲については入室できますが、激しい腹痛、頻繁におこる下痢や嘔吐、また特別な病児食や献立が必要な場合
- (3) 感染症
 - ①感染症の入室は急性期を過ぎ回復状態になった場合とします。
 - ②感染症の入室は発生順としますが、種類の違う感染症が重なったり、子どもの症状により入室が無理な場合もあります。

*入室後一般状態に変化があり、入室は無理と判断した場合保護者に連絡し、お迎えをお願いすることもあります。また緊急の場合、保護者の了解のもと病後児保育室から受診することもあります。

医師連絡票

※医師連絡表別紙を参考の上御記入願います。

氏名	診 断 日	令和 年 月 日
(男・女)		
住所 高槻市 町 丁目		
回復期であるため、病後児保育室への入室はさしつかえありません。		

下記に該当する疾患があれば○をして下さい。

病名	目安
インフルエンザ	発熱がなく主要症状が軽減
新型コロナウイルス	発熱がなく主要症状が軽減
麻疹	解熱後3日を経過しているが集団保育に不安のある場合
風疹	37,4℃以下 発疹出現3日以上経過
水痘	新しい水疱の出現が概ね見られず痂皮化が始まったら
流行性耳下腺炎	両耳下の腫張(+)でも熱(-) 食事摂取可能
咽頭結膜炎	解熱し結膜充血減弱した場合
溶連菌感染症	適切な抗生物質投与がなされ、解熱していれば
ヘルパンギーナ	解熱し食事可能なら
とびひ	発熱(-) 一般状態がよい
百日咳	特有のレプリーゼ(独特の咳)が減少し、一般状態がよい場合
流行性結膜炎	感染期間長く注意必要、流涙 眼痛 眼脂 リンパ腺膨張が始まれば可能 発病後1週間経過後
急性出血結膜炎	潜伏期1日と短い事に注意、眼脂(-) 結膜下出血が消退 発病後1週間経過後
乳児嘔吐下痢症 (腸管感染症)	嘔吐(-) 脱水症状明白でなく一般状態安定
急性上気道炎	発熱、咳が著明でなく一般状態安定
突発性発疹	解熱し診断が確定しておれば
その他	(病名)

医師からの指示事項 <input type="checkbox"/> 薬 有・無 <input type="checkbox"/> 食事 普通食・要配慮 (内容) (その他注意事項等)
--

医療機関名 _____

医師名 _____ 印