

病児保育のご案内

体調不良のお子様を、仕事が休めない
保護者様に代わって看護師・保育士が、
責任を持って大切にお預かりします。

もしもの時…

困った時…

そんな時の、安心アイテムとして
病児保育所夢ふうせんに
まずは **ご登録を**…



☆ 0 歳から小学校 6 年生までのお子様であれば、通園・通学先にかかわらず、
どなたでも利用できます。（未就学児も含む）

<ご利用の際に、医療連携機関よしなりこどもクリニック 等の受診が必要です>

☆ 事前登録（無料）が必要です。（来所、または郵送での登録もお受けしています。）

※詳しくは下記までお気軽にお問い合わせください



江別市子育て支援事業委託保育施設

【医療連携機関：よしなりこどもクリニック 等】

病児保育所夢ふうせん

住所：江別市東光町 1 2 - 4（江別太郵便局すぐそば）

☎ : 011-398-6141

病児保育所夢ふうせん 検索

または ➡



病児保育所利用まで簡単な流れ

事前登録（無料）

時間のある時に事前登録しておくとお心でスムーズです。

病院受診（病児保育利用を伝え医師指示書をもらう）



病児保育所に予約の電話を入れる



利用に必要な書類・持ち物をリストに添って用意する



当日～必要書類、持ち物をもって病児保育所来所

利用料金（区分によって料金が変わります）

利用世帯の 区分	利用者負担金		兄弟 割引
	5時間未満	5時間以上	
生活保護世帯	0円	0円	有
住民税非課税世帯	500円	1,000円	
住民税課税世帯	1,000円	2,000円	
他市町村在住	1,000円	2,000円	
未就園児 ・中学1年以上	一律 3,000円		無

1日の主なスケジュール

～9:00 順次入所
10:00 自由遊び・安静時間
11:00～12:00 昼食
12:00 お昼寝
15:00 おやつ
↓
自由遊び・安静時間
17:30 順次退所
1日の様子報告



病児保育所夢ふうせん 利用登録申込書

記入者名 電話 令和 年 月 日記入

*下記太枠内にご記入下さい。		*登録番号								
登 録 児 童	ふりがな		愛称		性別		生年月日			
	氏 名				男		平成 年 月 日			
					女		(歳 カ月)			
	住所(〒 -)									
	携帯: - -				自宅電話: - -					
	児童の兄弟関係		歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)			
	通園・通学		市区町村		保育園・幼稚園・小学校(年生)					
	施設名		電話: - -							
かかりつけ医	医療機関名		(科		先生)					
	医療機関名		(科		先生)					
保 護 者 ・ 緊 急 連 絡 先	連 絡 先 ①	氏名	(ふりがな)		続柄:父・母・その他()					
		勤務先			職種					
		携帯電話			電話(自宅・職場)					
		Email	携帯:		自宅PC: 会社PC:					
	連 絡 先 ②	氏名	(ふりがな)		続柄:父・母・その他()					
		勤務先			職種					
		携帯電話			電話(自宅・職場)					
		Email	携帯:		自宅PC: 会社PC:					
		新生児期 出生時の異常(無・有:) 発育・発達 普通・少し遅れていると思う・わからない								
		*済みのものには□に☑を入れてください。								
予 防 接 種	ヒブ	①□、②□、③□、④□		B型肝炎		①□、②□、③□				
	肺炎球菌	①□、②□、③□、④□		ロタ		①□、②□、(③□)				
	三混/四混	①□、②□、③□、④□		(三混/四混、どちらか一方です。)						
	ポリオ	①□、②□、③□、④□		(生は2回、不活化は4回)						
	BCG	①□		麻疹風疹		①□、②□				
	日本脳炎	①□、②□、③□		水痘		①□、②□				
	おたふくかぜ	①□、②□								
	これまでにかかったことのある病気に☑をしてください。									
既往歴	なし	□てんかん: 歳, □心臓病: 歳, □突発性発疹: 歳,								
		□川崎病: 歳, □水痘: 歳, □おたふく: 歳,								
		□麻疹: 歳, □風疹: 歳,								
		□アナフィラキシーショック 歳, □その他()								
熱性けい れん	なし	初回: 歳 ヶ月, 最後: 歳 ヶ月, これまでに()回, *ダイアブ座薬予防投与はしない・している(、℃以上の発熱時)								
アレルギー	なし	□食物アレルギー □喘息 □アトピー性皮膚炎 □アレルギー性鼻炎 (原因:)								
過去の入 院歴	なし	病名: (歳 ヶ月), 病名: (歳 ヶ月)								
		病名: (歳 ヶ月), 病名: (歳 ヶ月)								
その他(気になることや配慮してほしいことなどについて具体的にお書きください。)										

*ご登録いただいた個人情報は「病児保育所夢ふうせん」の運営に使用させていただくほか、補助金事業に関する情報として江別市に報告させていただくことをご了承ください。

・好きな食べ物

・嫌いな食べ物

・好きな遊び

・お子様の癖等

・その他



夢ふうせん

病児保育所**夢ふうせん**利用申込書

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話

病児・病後児保育の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児 童 氏 名		男 女	生年月日	年 月 日 歳 か月
小学校名又は幼稚園・保育所・認定こども園名				
児童を看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他（ ） 事業所名： 事業所所在地：			
利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
利用希望時間	時 分 から 時 分まで			
緊急連絡先	父親・母親 自宅・勤務先（事業所名 ）電話 （ ）			
児童の状況等で特に伝えたいこと				
備考欄				
世帯の状況	1 市民税非課税世帯 2 生活保護世帯 3 その他の世帯			

※児童の容体が変化した場合には、緊急的な対応をさせていただきます。

病児、病後児保育時の持ち物リスト

病児保育所 夢ふうせん

利用当日の持ち物です。

来所前、 来所時、 退所時に チェックリストにて確認させていただきます。

持ち物には、お名前を付けてください。

氏名

	持ち物	日 時					
		/		/		/	
✓		来所時	退所時	来所時	退所時	来所時	退所時
☐	病児保育所登録利用カード （初回利用時にお渡しします）						
☐	病児保育所夢ふうせん利用申込書						
☐	健康保険証						
☐	乳児医療受給者証等						
☐	母子手帳						
☐	診察券 （今回受診した病院のもの）						
☐	お薬手帳・ 現在処方されている当日分の薬 （屯用薬も含む）						
☐	大判バスタオル2枚 掛け用（本人の全身を覆うもの） 敷き用（幅 90cm 以上のもの）						
☐	フェイスタオル 2枚（氷枕カバーなどとして使用します）						
☐	着替え （下着を含む2組程度）						
☐	汚れた服や、ごみ等を入れるビニール袋（2～3枚）						
☐	昼食						
☐	おやつ						
☐	飲み物 （食欲のないお子様も必ずお持ちください ジュースなどのほかに水分補給用にお茶、 お水、イオン飲料など 500ml 程度）						
☐	食事の際に使用するもの はし、スプーン、フォーク、 コップなど						
☐	乳児のお子様の場合は以下のものも必要です 粉ミルク・ 哺乳瓶・ エプロン・ よだれ掛け・ 紙おむつ・ お尻ふき・ おむつを入れるごみ袋 * ミルク・おむつを忘れた場合は、ミルク 100 ml 100 円 おむつ 1 枚 100 円、実費にて承ります。						
☐	その他						
	担当者 確認サイン欄						
	保護者 確認サイン欄						