

クルメキッズランドでは、入院や濃密な医療の必要のないお子さまを、保護者の勤務などの都合等により、家庭での育児が困難な場合にお預かりいたします。

利用時間 8:30~17:15までの希望する時間

対象 1歳6カ月~小学6年生

開所日 月~金曜日(祝日等、クルメキッズランド休園日を除く)

定員 3名/1日

利用料金について 福岡県病児保育利用料無償化事業実施に伴い、**利用料が無料**(上限2,000円の助成/1日)となりました。

※福岡県以外にお住まいの方がご利用になる場合は、1日2,000円となります。

利用の流れ

事前登録をする(利用日当日でも可)

以下の書類を提出し、事前登録(年度毎)をします。

- ①病児保育登録票
- ②利用児童の健康保険証のコピー
- ③ " の乳幼児医療証のコピー
- ④ " の予防接種記録のコピー
- ⑤保護者の健康保険証(あるいは運転免許証)のコピー



お子さまが病気・けがをされたら...

病院を受診する

利用する日を含めて3日以内の病院受診が必須です。受診の際に、病児保育の利用が可能か先生にお伺いください。



予約の電話をする

- ・前日からの予約が可能
- ・お電話は**8:00**から受付可能(18:00まで)
- ・お電話にてお名前や症状などを伺います
- ・病状や病名によってはお預かりできない場合があります。



当日持参品を持ってクルメキッズランドへ

- ・持参するものにはすべて記名してください
- ・病児保育利用申請書(病状連絡票)は記入してご持参ください



持参品はこちら!

保育終了、お迎え

病児保育記録のお渡しと、精算が必要な方はお支払いをお願いします。必ず時間内にお迎えをお願いします。



ご予約・お問い合わせはお電話にて!!

クルメキッズランド

0942-65-4933

[受付時間 8:00~18:00 (月~金曜日/祝日・休園日を除く)]



注意事項

■予約のキャンセル・予約内容の変更は、早めにご連絡下さい

予約後に症状が改善したり、逆に症状が悪化したために予約をキャンセルする場合は、他の方のキャンセル待ち等がありますので、早めにお電話にてご連絡下さい。また、予約時間の変更やお迎え者の変更なども、分かり次第すぐにお願ひします。

■お預かりできない場合について

38.5℃以上の発熱、水溶性便、飲食ができない、コロナウイルス感染症、風疹、はしか、水痘、流行性角結膜炎、プール熱、車いすの利用がある場合はお預かりできません。その他、症状などによってはお預かりすることができない場合がありますので、ご了承ください。

■別の病気のお友だちと過ごす可能性があります

同日に複数のお子さまをお預かりしますので、他の利用者からウイルスなどの感染の可能性がありますこと、ご了承ください。

■以下の場合、お迎えをお願いする可能性があります

- ・持参された解熱剤を使用しても38.5℃以上の発熱が続く
- ・脱水症状の恐れ
- ・体調の著しい悪化(保護者へ事前承諾なしに病院受診する場合あり)
- ・飲食ができないなど慣れない環境で過ごすことが著しく難しい場合

■お電話での連絡がすぐにとれる態勢をお願いします

勤務中などでも電話に出られるよう、緊急連絡先として記入いただいた電話にはすぐに出られるようお願いします。

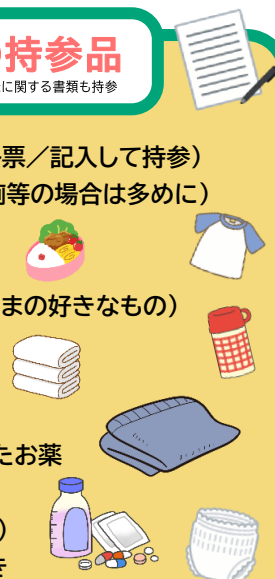
■個人情報については施錠保管するなど、漏洩防止に努めます

お預かりしたすべての個人情報については施錠保管し、漏洩しないように努めます。

利用日当日の持参品

※事前登録をしていない場合、事前登録に関する書類も持参

- ①病児保育利用申請書(病状連絡票/記入して持参)
- ②お着替え(2組ほど/嘔吐・下痢等の場合は多めに)
- ③昼食(症状に合わせたもの)
- ④お箸やフォーク・スプーンなど
- ⑤おやつ(症状に合わせたお子さまの好きなもの)
- ⑥飲み物(水筒など)
- ⑦お昼寝用のバスタオル
- ⑧ハンドタオル
- ⑨(必要な場合)病院で処方されたお薬
- ⑩(お薬を持参する場合)処方箋
- ⑪(必要な場合)おむつ(8枚程度)
- ⑫(おむつ利用の場合)おしりふき



病児保育登録票

クルメキッズランド 記入日 年 月 日

ふりがな 児童名			保育所 幼稚園 学校等名	血液型	平熱	℃
住所	〒		健康保険証			
生年月日	年 月 日		保険者名称			
	記入日時点で 歳 ヵ月		種類	社保 国保 共済 その他()		
固定電話			記号	子ども医療証		
			番号	負担者番号		
			保険者番号	受給者番号		

■ 保護者（緊急連絡先）と家族について

父	ふりがな	本人携帯番号		
	氏名	勤務先	会社名 電話	
母	ふりがな	本人携帯番号		
	氏名	勤務先	会社名 電話	
続柄	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	性別	学校・勤務先名
		年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先
		年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先
		年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先
		年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先

■ かかりつけ医

① 病院名	診療科目	電話番号
② 病院名	診療科目	電話番号

■ 予防接種

インフルエンザ b型 (Hib)	1回	済・未	小児用 肺炎球 菌	1回	済・未	B型肝炎	1回	済・未	ロタ ウイルス	1回	済・未	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ	1回	済・未
	2回	済・未		2回	済・未		2回	済・未		2回	済・未		2回	済・未
	3回	済・未		3回	済・未		3回	済・未		3回	済・未		3回	済・未
	追加	済・未		追加	済・未		追加	済・未		追加	済・未		追加	済・未
			麻しん	1回	済・未	水痘	1回	済・未	日本脳炎	1回	済・未	おたふく かぜ	1回	済・未
			風しん	2回	済・未	BCG	2回	済・未		追加	済・未		2回	済・未

■ 出生時について

出生時体重	g	※異常があった場合詳細を記入
出生時異常	なし・あり	

■ 持病について（現在も治療中の病気に☑マークや記入）

病名	罹患時年齢	※持病がある場合詳細を記入
<input type="checkbox"/> 喘息	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> アレルギー体質	歳 ヵ月	

■ 既往症について（かかったことのある病気等に☑マークや記入）

病名	罹患時年齢	病名	罹患時年齢	病名	罹患時年齢	※詳細を記入
<input type="checkbox"/> 結核	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> じんましん	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> はしか	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> 手足口病	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> 風疹	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> りんご病	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> 百日咳	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/>		

■ 入院・手術歴について（詳細をご記入ください）

傷病名	※詳細を記入		
罹患時年齢	歳 ヵ月	現在	完治・経過観察中

■ その他気になることや配慮が必要であればご記入ください。