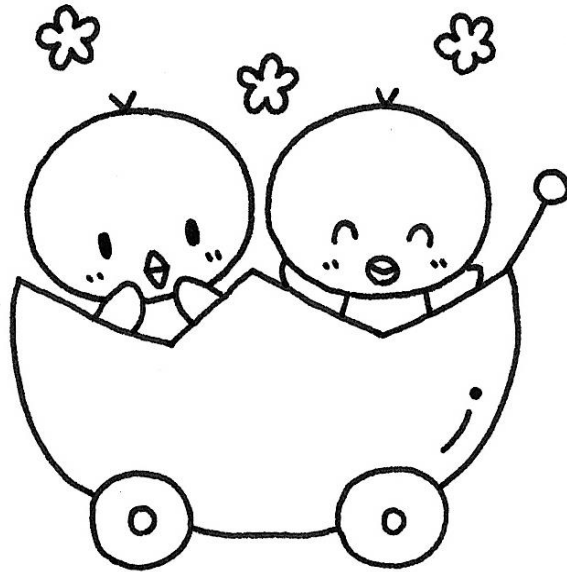


利用案内

木更津市請西子育て支援センター

一時預かり保育 ひよこルーム 利用のご案内



〒292-0806 木更津市請西東7丁目2番地1
TEL 0438-30-7320

<利用できる方>

利用対象児・・・0歳5か月～就学前のお子様

* お子様のアレルギーや熱性けいれん等お持ちの方は事前登録時にご相談ください。

* 事前登録、予約制となっています。(P3参照)

(登録はその年度の3月まで有効です。4月以降引き続き利用される場合は再度登録が必要になります)

◆一時預かりは下記のような場合に利用できます。

- ①保護者が通常の認可保育園の入園基準に満たない就労で、家庭での保育が困難となる場合。
- ②保護者の妊娠、出産、傷病、事故、介護、災害、ボランティア活動の参加により、緊急・一時的に家庭での保育が困難となる場合。
- ③育児の合間に自分の時間を持ち、リフレッシュしたい場合。

<利用できる曜日・時間>

・利用時間・・・月～土曜日 午前8時00分～午後6時30分
(土曜日は午前8時00分～午後5時30分)

*日曜日、祝日、12/29～1/3はお休みです。

・利用日数・・・月15日以内

<料金について>

お子様を迎えに来ていただいたときに、料金を徴収いたします。

預けにいられた時に、お迎え予定時刻に合わせて金額をお伝えいたしますので、なるべくおつりのないようご準備お願いいたします。

(時間の超過、短縮の場合は金額が変更になります)

年齢	保育料	一時保育時間
0～2歳児	400円/1時間	8:00～18:30
3歳児以上	300円/1時間	

*給食の提供を希望される場合は別途給食費がかかります。(P2参照)

<利用時間の記入について>

一時預かり時間は支援センター窓口にて、「預けに来られた時間」「お迎えに来られた時間」を職員が記入し、その時間で料金を計算いたします。(短時間の超過でも1時間の料金がかかってしまいますのでご注意ください)

開始時間：お子様と一緒に窓口に来られた時間

終了時間：お子様を迎えに来られた時間

*「送り」、「迎え」とともに一時保育室に行かれる前に窓口(カウンター)にお越しください。

<給食について>

- ・保育時間が昼食に重なる方は、希望により給食の提供を行っています。
- ・離乳食やお弁当など持参していただいてもかまいません。
- ・ミルクは持参していただきますよう、お願いいたします。
- ・食物アレルギーのあるお子様につきましては、給食の利用ができません。
- ・土曜日は給食はありません。
- ・午後から利用される方は、おやつを用意をお願いします。
- ・お弁当の方は午後のおやつをご用意ください。(14時30分以降利用される方)

年齢	給食費	
全年齢 (離乳食含む)	300円/1食	普通食は、主食・おかずが提供されます。(おやつを含む)



<利用までの流れ>

①事前登録…子育て支援センター窓口にて登録の申請をお願いします。
(必要書類等)

- ・木更津市子育て支援センター一時預かり利用申請書(※)
- ・一時預かり登録票(NO.1・NO.2)(※)
- ・生活表(※) ・予防接種票(※) ※はセンターHPからダウンロードできます。
- ・乳幼児受給券のコピー ・保険証のコピー

*登録時に簡単な面接を行いますので、必ず事前に電話をかけていただいでからご来館ください。

②利用予約…毎月15日から翌月分の予約を電話にて受け付けます。

(15日が土・日・祝日の場合は翌月曜日から予約受付いたします)

※注意：この時には予約は決定しません

- ・初回の利用や低年齢のお子様は半日など短時間での利用となります。お子様の様子を見て希望があれば時間を長くしていきましょう。
- ・予約調整し、10日前後で**決定した日にちを電話**にて連絡させていただきます。
- ・予約が集中する日などは希望に沿えないことがあります。ご了承ください。
- ・予約は平日の**8時30分～17時まで**受け付けています。

③一時預かり利用…当日は検温をして預けに来てください。

- ・外靴は、お散歩や緊急避難時に必要となりますので、ひよこルームにお持ちください。

《緊急時のお迎えについて》

保育中に発熱、嘔吐などの症状がみられた場合は、保護者の方のお迎えをお願いします。当日、連絡先が通常(登録時)と異なる場合は担当保育士にお知らせください。

お預り中は必ず連絡がとれるようにしておいてください。

*わからないことがありましたら、職員まで声をかけてください。

<持ち物について>

当日は下記の持ち物をご用意ください。

0, 1, 2歳児	3歳児以上
ビニール袋（スーパーの袋）1枚 （汚れた衣類入れ）	ビニール袋（スーパーの袋）1枚 （汚れた衣類入れ）
ひも付き手拭きタオル1枚	ひも付き手拭きタオル1枚
紙おむつ5枚程度	パンツ2枚
おしりふき	洋服上下2組
洋服上下2組	肌着2枚（長袖は避けてください）
肌着2枚（長袖は避けてください）	水筒（白湯またはお茶）
水筒またはマグ（白湯またはお茶）	赤白帽子
赤白帽子	
※必要に応じて	※必要に応じて
ミルク（1回量に分けて）	食事用おしぼり1枚
哺乳瓶1本（普段使用しているもの）	午睡用バスタオル2枚
食事用エプロン1枚	
食事用おしぼり1枚	★おむつ、おしりふきなど必要な場 合は持参してください。
午睡用バスタオル2枚	

※上記の全ての物に、わかりやすいところに名前を書いてください

（スーパーの袋、哺乳瓶の乳首など小さいものにも記名をお願いいたします）

※動きやすく、汚れてもいい服をご用意ください。

※2歳くらいからのお子様は一人で着脱しやすい服を着せてください。



<健康面について>

一時預かり保育では集団で過ごすため、病気に感染する機会が多くなります。

一人ひとりが、健康で楽しく過ごせるように、利用する方々のご理解とご協力をお願いいたします。

※次のような場合は家庭での保育をお願いいたします。

- ・熱があるとき
- ・嘔吐や下痢をしたとき
- ・咳がひどいとき
- ・食事や睡眠に支障があるとき
- ・大きなけがをしているとき
- ・子どもの様子や体調がいつもと違うと感じたとき



お子様の健康状態について担当保育士と情報交換をまめに行っていきましょう。

※**伝染性の疾患に罹患した場合（P6、《登園停止の病気》参照）、ご連絡ください。また、登園停止の期間中はお預かりできません。**

※日頃より、生活リズムを整えたり、帰宅時のうがいや手洗いを行うなど健康に生活できるよう心がけましょう。

※集団生活ではいろいろな病気に感染する機会が多くなるため、体調の良いときに決められている予防接種を受けることをお勧めします。

＜登園停止の病気＞

疾病名	登園停止の期間の基準
インフルエンザ	発症後5日を経過し、かつ解熱後3日を経過するまで
水ぼうそう（水痘）	発疹がすべてかさぶたになるまで
はしか（麻疹）	熱が下がってから3日を経過するまで
おたふくかぜ （流行性耳下腺炎）	耳下腺、顎下腺または耳下腺の腫れが出た後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
百日咳	百日咳特有の咳が消えるまで または5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療終了まで
風疹	発疹が消えるまで
咽頭結膜炎（プール熱）	症状が消えてから2日を経過するまで
溶連菌感染症	発熱などの主症状がなくなるまで
結核	医師が伝染のおそれはないと判断するまで

*登園停止期間の定まっていない感染症（ノロウイルス・ロタウイルスなどによる感染性胃腸炎、手足口病、りんご病など）においても、**医療機関に集団生活が可能かどうか確認**していただいてから、一時預かりを利用してください。

＜薬について＞

原則、薬についてはお預かりいたしません。やむを得ず服薬が必要な場合は「**薬の依頼書**」（最終ページに添付）が必要となります。薬は医師が処方したものに限り、**市販薬は対応できません。**

薬は1回分に分け、当日分だけご持参ください。薬の袋や容器に**必ず名前を記入**してください。また「**薬剤情報提供書**」も添付してください。

＜災害時の対応について＞

地震の場合…請西子育て支援センター（第一避難所）に待機します。

耐震補強がしっかりとした建物ですので、地震の際は支援センターにいる可能性が高いです。

火災の場合…支援センター外の方が安全な場合、近隣の公園、むつみ保育園に避難する場合があります。（第二、第三避難所）

＜災害伝言ダイヤルについて＞

災害時は、安否確認や問い合わせの電話が殺到し、つながりにくい状況が予想されます。

緊急時はNTTの「災害伝言ダイヤル」を使用し、安否や避難場所等を音声でお伝えいたします。

（伝言確認方法）

- ①ダイヤル「171」の後、ガイダンスに従い
- ②「2」の“再生する”を選択する
- ③**0438-30-7320**
（請西子育て支援センターの電話番号）をプッシュ

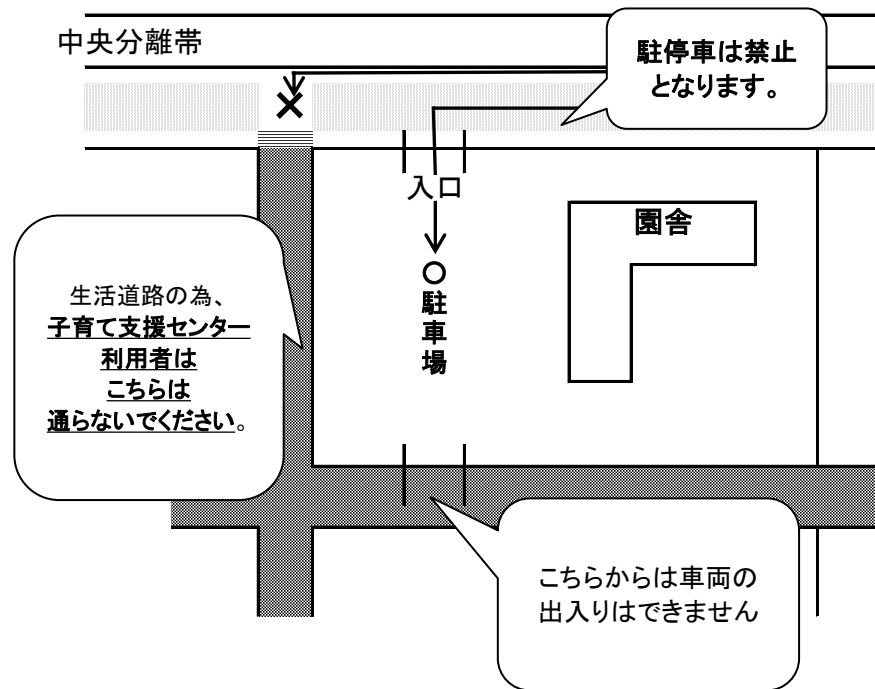
電話連絡が困難な場合は、直接避難場所にお迎えに来てください。

<駐車場について>

時間帯により、駐車場が混み合うことが予想されます。

時間に余裕をもってお越しください。

また、路上駐車や住宅街への通り抜けは事故、また近隣の迷惑になりますので、絶対にしないようお願いいたします。



※網かけは通行不可です。

薬の依頼書

依頼日	令和 年 月 日 曜日			
児童名				
病名				
飲み薬	種類	抗生物質 風邪薬 鼻水の薬 喘息の薬		
		咳き止め 下痢止め 吐き気止め		
	その他 ()			飲み方
	水薬1回	種類	そのまま飲む 水に溶く	
粉薬1回	種類	その他 ()		
錠剤1回	種類			
ぬり薬	かゆみ止め アトピー その他 ()			
	ぬる部位 ()			
目薬	結膜炎 目やに その他 ()	両目 右 左		
その他				
投与時間	昼食前	昼食後	その他 ()	
かかった医療機関名	TEL			
薬を出された日	月	日	処方	※薬剤情報提供書の添付をお願いします。
医師からの注意事項				
担任印	時	分に投与しました	印	

木更津市請西子育て支援センター（一時預かり）

第2号様式（第2条第2項）

木更津市子育て支援センター一時預かり利用許可申請書

年 月 日

指定管理者 様

申請者 住所
氏名 印
連絡先

木更津市子育て支援センターの設置及び管理に関する条例施行規則第2条第2項の規定により、次のとおり乳幼児の一時預かりの利用許可を申請します。

利用する乳幼児	フリガナ		性別	男・女			
	氏名						
	生年月日（年齢）	平成・令和	年	月	日（	歳	月）
利用時間	8：00～18：30						
乳幼児の健康状態							
緊急連絡先	第一 氏名（		）	電話・携帯	—	—	
	第二 氏名（		）	電話・携帯	—	—	
	第三 氏名（		）	電話・携帯	—	—	
備考							

一時預かり登録票(NO. 1)

面接日 年 月 日

H 年	H 年	H 年	H 年	H 年	H 年
5歳児	4歳児	3歳児	2歳児	1歳児	0歳児

※太枠内をご記入ください。

ふりがな 児童氏名	男・女 家での呼び名()	ふりがな 保護者名		続柄				
生年月日	平成 年 月 日	血液型	型	(保険証について)				
現住所				1. 国保 社保 共済 その他 2. 記号 3. 番号				
電話	E-mail アドレス							
家族構成 (同居人 を含む)	氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	健康状態	勤務先名	勤務先電話番号	携帯番号	備考
		父						
		母						
体質等	食物アレルギーの有無(有・無) ※「有」の方は何のアレルギーですか()							
	平熱()度							
	今までに熱性けいれん(有・無) ※「有」の方は何歳の時ですか()							
連絡等	脱臼しやすいですか(はい・いいえ)							
	※「はい」の方はどの部位ですか(肘(左・右) 肩(右・左) 股関節(右・左))							
	預り中に発熱(概ね37.5度以上)がある場合には連絡を入れさせていただきます。 37.5度以下で連絡がほしい方は記入してください。 ()度以上 熱以外で連絡がほしい症状がありましたら、ご記入ください。 ()							
※連絡先、災害時連絡先は必ず連絡が取れる番号を記入してください。								
連絡先	第1連絡先()		第2連絡先()		第3連絡先()			
災害時 連絡先	①氏名	電話番号			本児との 関係			
	②氏名	電話番号			本児との 関係			
かかりつけの病院	内科:	電話:		内科以外:	電話:			
<今まで保育園また幼稚園に通ったことがありますか?> ・ある() ・ない ・現在他の一時保育等利用中() <現在主に世話をしている人> () <一時保育中に考慮してほしいこと、要望>								
木更津市請西子育て支援センターでは、活動の様子を写真などで撮影することがあります。どちらかに○をつけてください。 【写真撮影・掲載承諾書】 一時預かりの活動の際に撮影された写真をパンフレット、ホームページへ掲載に使用することを 承諾します 承諾しません								

一時預かり登録票(NO. 2)

※太枠内をご記入ください。

ふりがな
児童氏名:

出産歴	母の状況	妊娠中異常がありましたか (有 ・ 無) ※「有」の方 () 妊娠期間 (週) 分娩時間 (時間 分) 出産時に下記に当てはまるものがありましたか。また他に何かありましたか。 帝王切開 ・ 出血多量 ・ その他 ()						
	お子さんの状況	身長 cm 体重 g 出産した病院 () 出産時に何かありましたか。 () 保育器使用 (有 ・ 無)						
発達	首のすわり	か月	寝返り	か月	お座り	か月	はいはい	か月
	つかまり立ち	か月	つたい歩き	か月	歩き始め	か月		
	・歩行が遅れぎみである (有 ・ 無) ・ことばの遅れが少しある (有 ・ 無) ・多動ぎみである(視線が合わない) (有 ・ 無)				「有」の方は、いつ頃気がつきましたか。(歳 か月) どなたに言われましたか。() 定期的に指導を受けていますか。(はい ・ いいえ)			
体質	熱が出やすい	(はい ・ いいえ)	()					
	アレルギーがある	(はい ・ いいえ)	()					
	吐きやすい	(はい ・ いいえ)	()					
	下痢しやすい	(はい ・ いいえ)	()					
	便秘になりやすい	(はい ・ いいえ)	()					
	皮膚が弱い	(はい ・ いいえ)	()					
	中耳炎になりやすい	(はい ・ いいえ)	()					
	鼻血がでやすい	(はい ・ いいえ)	骨折したことがある	(はい ・ いいえ)				
その他	()							
くせ	指しゃぶり (有 ・ 無)	左きき (有 ・ 無)	爪をかむ (有 ・ 無)	性器いじり (有 ・ 無)				
	その他 ()							
生活	起床時間 (: 頃)	昼寝 (回) (: 頃) (: 頃)	就寝時間 (: 頃)					
	食事 () 回 (: 頃、 : 頃、 : 頃)	食事形態 (離乳食 普通食)						
	食べる量 (多い ・ 普通 ・ 少ない)							
	(ミルクを飲む方)							
	母乳のみ ・ 混合(母乳+ミルク) ・ ミルクのみ ・ 離乳食+ミルク ・ 離乳食+フォローアップミルク							
今までにかかった病気	病名	年齢	病名	年齢	現在の様子			
	突発性発疹		川崎病					
	りんご病		心臓疾患					
	水痘		喘息					
	おたふく		熱性けいれん					
	麻疹		ひきつけ					
風疹		(その他)						
<家から支援センターまでの略図>					<一時預かり利用の理由>			
					・就労(兄弟請西保利用()) ・リフレッシュ ・妊娠、出産 ・介護 ・ボランティアの参加 ・その他			

生活表(0. 1歳児用)

※太枠内をご記入ください。

ふりがな 児童氏名				
生年月日	H・R	年	月	日

栄養	(現在の状況について○を付けてください) 離乳食開始前・1回食・2回食・3回食・離乳食完了し普通食																									
	(ミルクを飲む方)	1日()回 1回の量(さじ cc) 温度(あつめ ふつう ぬるめ)																								
	(離乳食の方)	現在どのようなものを食べていますか。 ()																								
	(離乳食、普通食の方)	食べ方について当てはまるものに○を付けてください。(複数回答可) 食べさせてもらう 手づかみ スプーン・フォークを持って食べる よく食べる 時間がかかる ムラがある 遊び食べ その他() 食事量は(少ない ・ 普通 ・ 多い) 好きな食べ物() 嫌いな食べ物()																								
生活	生活時間を記入してください。																									
	※ミルク、食事、おやつ、睡眠の時間を右の表にご記入ください。	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15px;">0</td><td style="width: 15px;">1</td><td style="width: 15px;">2</td><td style="width: 15px;">3</td><td style="width: 15px;">4</td><td style="width: 15px;">5</td><td style="width: 15px;">6</td><td style="width: 15px;">7</td><td style="width: 15px;">8</td><td style="width: 15px;">9</td><td style="width: 15px;">10</td><td style="width: 15px;">11</td><td style="width: 15px;">12</td><td style="width: 15px;">13</td><td style="width: 15px;">14</td><td style="width: 15px;">15</td><td style="width: 15px;">16</td><td style="width: 15px;">17</td><td style="width: 15px;">18</td><td style="width: 15px;">19</td><td style="width: 15px;">20</td><td style="width: 15px;">21</td><td style="width: 15px;">22</td><td style="width: 15px;">23</td><td style="width: 15px;">24時</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24時		
睡眠	昼寝は1日()回 (: 頃から 時間程度、 : 頃から 時間程度) 寝ぐせはありますか (有 ・ 無) →「有」の方(添い寝 寝つきが悪い 寝起きが悪い うつぶせ 仰向け その他) 普段はどこで寝ますか(ベッド 布団)																									
	排泄	おむつの種類(紙おむつ ・ 布おむつ ・ 混合(紙おむつと布おむつの両方を使用)) 大便の様子(硬め ・ 普通 ・ ゆるい) 1日()回 便秘傾向(有 ・ 無)																								
その他	好きなもの・苦手なものがありましたら記入してください。 (好きなもの 苦手なもの)																									
	遊びの様子(誰と遊んでいますか。) (好きな遊びはなんですか。) 特に連絡しておきたいことがありましたらご記入ください。 ()																									

予防接種票

※太枠内をご記入ください。

ふりがな 児童氏名			
生年月日	H・R	年	月 日

◆下記の予防接種を受けた場合は、回数のところの年月に記載してください。

ワクチンの種類		1回目	2回目	3回目	4回目	
BCG	受けていない		/	/	/	わからない
四種混合 (ジフテリア、破傷風 ポリオ、百日咳)	受けていない					わからない
MR (麻疹・風疹混合)	受けていない			/	/	わからない
麻疹(単独)	/			/	/	わからない
風疹(単独)	/			/	/	わからない
日本脳炎1期	受けていない				/	わからない
水ぼうそう	受けていない			/	/	わからない
おたふくかぜ	受けていない			/	/	わからない
Hib (インフルエンザ菌B型)	受けていない					わからない
小児用肺炎球菌	受けていない					わからない
ロタウィルス	受けていない				/	わからない
インフル エンザ	H・R 年度	受けていない				わからない
	H・R 年度	受けていない				わからない
	H・R 年度	受けていない				わからない
その他						