

参 考 様 式

(参考様式1)

病児・病後児保育事業 事前登録票【例】

※太枠内を記入してください。

登録番号		受付者	受付日	記入日	H 年 月 日	
			月 日			
登録児童	氏名(ふりがな)		愛称	性別	生年月日	
	()				平成 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)	
	自宅住所	(〒 -)				
	自宅電話番号		通園・通学施設名			
	かかりつけ医	医療機関名	担当医	先生		
保護者	父	氏名(ふりがな)	()	携帯		
		勤務先		勤務先		
		e-mail				
	母	氏名(ふりがな)	()	携帯		
		勤務先		勤務先		
		e-mail				
予防接種 (ワクチン)	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	
	Hib	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	
		<input type="checkbox"/> 追加(年月日)				
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	
		<input type="checkbox"/> 追加(年月日)				
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 無	1価	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)
		または	5価	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)
	百日咳 ジフテリア 破傷風 ポリオ	四種混合DPT-IPV	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)
			<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	<input type="checkbox"/> 追加(年月日)		
		または 三種混合DPT	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)
			<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	<input type="checkbox"/> 追加(年月日)		
		不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	<input type="checkbox"/> 3回(年月日)
		<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	<input type="checkbox"/> 追加(年月日)			
	生ポリオ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)		
BCG	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 済(年月日)				
はしか(麻疹) 風疹	MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1期(年月日)	<input type="checkbox"/> 2期(年月日)		
	または はしか(麻疹)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1期(年月日)	<input type="checkbox"/> 2期(年月日)		
	風疹	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1期(年月日)	<input type="checkbox"/> 2期(年月日)		
水痘	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)			
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)			
インフルエンザ	昨年	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年月日)	<input type="checkbox"/> 2回(年月日)		
これまでの病気	出産時の異常	<input type="checkbox"/> 有	詳細			
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済				
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり	これまでの回数	回		
		初回	歳 ヶ月	最後	歳 ヶ月	
		医師の指示				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	詳細			
		症状				
		制限				
	病名①		歳 ヶ月	<input type="checkbox"/> 入院		
	病名②		歳 ヶ月	<input type="checkbox"/> 入院		
病名③		歳 ヶ月	<input type="checkbox"/> 入院			
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にあればお書きください。					
その他	体質(薬物アレルギー等)や、心配な事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。					

平成 年 月 日

病児・病後児保育事業 利用申込書【例】

(病児・病後児保育事業実施機関名)

申込者名

- 1 次のとおり、(市町村)病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施施設の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施期間が利用を不相当と認めたときは、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保護者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先	
	携帯電話			連絡先	
	アドレス		電 話	—	—
	携帯電話		連絡先		
	アドレス		電 話	—	—

登録児童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			平成 年 月 日	生まれ (歳 ヶ月)	
	住所 (〒 —)					
	通園施設等 <input type="checkbox"/> 通園していない <input type="checkbox"/> 通園している (施設名:)					
	かかりつけ医					
	医療機関名	() 電話 — —				
	利用期間	申請時 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)				
	今回の病気について	病 名		今朝の体温 ℃		
		現在の症状 (当てはまるものをチェックしてください。)				
		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛				
		<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他				
	通園施設等で流行っている病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 市販薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中 (<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 c c/回× 回)				
		<input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> ドロドロ <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯でかめる)				
		<input type="checkbox"/> 普通食 アレルギー等による食事制限 <input type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 必要				
食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる (はし・スプーン)					
行 動	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> 這う					
	<input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由 <input type="checkbox"/> 睡眠 (方法:)					
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ (排泄を教える 教えない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立					
注意事項						

(参考様式3)

年 月 日

病児・病後児保育事業 医師連絡票【例】

(市町村) 長 宛

医療機関	所在地	
	名称	
	電話	
	FAX	
担当医師	氏名	印

(市町村) 病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

患者氏名		性別		生年月日	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
患者住所					
電話番号				保護者氏名	

【医療機関記入欄】

主な症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎	<input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎
	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
投薬状況 及び経過など			
特記すべき 既往歴	<input type="checkbox"/> 有	熱性けいれん (回)	
	<input type="checkbox"/> 無	喘息 食物アレルギー ()	
	<input type="checkbox"/> 不明	その他 ()	
利用事業	病児保育事業 病児保育事業、病後児保育事業どちらも可		
その他の 注意事項			
保育上 の留意点	<input type="checkbox"/> ベッドで安静		
	<input type="checkbox"/> 室内安静		
	<input type="checkbox"/> 室内保育		

(注) この連絡票の作成による料金は、保険診療(診療情報提供料I)の扱いとなります。

(参考様式4)

年 月 日

病児・病後児保育事業 与薬依頼書【例】

(病児・病後児保育事業実施施設) の長 殿

保護者氏名

(児童との続柄)

ふりがな 児童氏名		生年月日 平成 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)
かかりつけ医	医療機関名 () 医師名 ()	連絡先 - -
病状 又は症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹	
病名又は具 体的な症状		
与薬を依頼 する薬	・薬の種類 (具体的な数量を記入してください。) <input type="checkbox"/> 粉末 (包) <input type="checkbox"/> シロップ (種類) <input type="checkbox"/> 外用薬 (個) <input type="checkbox"/> はり薬 (個) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	・薬の内容 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> 痰きり <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 外用薬 ()	
	・薬の名前 薬剤名称 () 服用 (外用) 時間: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 方法: ()	
常時服用薬	今回処方された薬以外で服用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名) (服用回数 回/1日) (最終服用時間 時 分)	
保育室 記載欄	受領者氏名	月 日 時 分
	与薬者氏名	月 日 時 分 与薬
	与薬時の状況	月 日 時 分 与薬

(留意事項)

- 1 薬剤情報提供書がある場合は、この依頼書と一緒に提出してください。
- 2 与薬はなるべく家庭で行うようにしてください。
- 3 薬は施設職員に直接手渡ししてください。
- 4 薬の袋又は容器には、必ず児童氏名をはっきり書いてください。

(参考様式5)

病児・病後児保育事業 保護者連絡票【例】

児童氏名 _____ 才 (年 月 日生)

利用年月日 年 月 日 利用施設名 _____

	家庭での様子	病児・病後児保育施設での様子
体温	(前夜) ℃ (PM :) (今朝) ℃ (PM :)	(午前) ℃ (PM :) (午後) ℃ (PM :)
鼻汁	多い 少ない ない	多い 少ない ない
咳	多い 少ない ない	多い 少ない ない
喘鳴	多い 少ない ない	多い 少ない ない
嘔吐	(前夜) 有 ・ 無 (回) (今朝) 有 ・ 無 (回)	(午前) 有 ・ 無 (回) (午後) 有 ・ 無 (回)
便	硬 ・ 普通 ・ 軟 泥状 ・ 水様	硬 ・ 普通 ・ 軟 泥状 ・ 水様
尿	多い ・ 普通 ・ 少ない	多い ・ 普通 ・ 少ない
水分量	(前夜) 普通 少量 (今朝) 普通 少量	(午前) 普通 少量 (午後) 普通 少量
食事	(前夜) 普通 少量 食べない (今朝) 普通 少量 食べない	(ごはん) 普通 少量 食べない (おかず) 普通 少量 食べない
薬	・ 飲み薬 内服 前夜 (PM :) 内服せず ・ 外用薬 (塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 前夜 (PM :) 使用せず ・ 解熱剤 (飲み薬・座薬) 使用 (AM・PM :) 使用せず	・ 飲み薬 内服 前夜 (PM :) 内服せず ・ 外用薬 (塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 前夜 (PM :) 使用せず ・ その他の薬
睡眠	良眠 (: ~ :) 不眠	良眠 (: ~ :) 不眠
機嫌	良い ・ 悪い その他 ()	良い ・ 悪い その他 ()
安静度	寝かせていた 起きて遊んでいた	寝かせていた 起きて遊んでいた
様子		

(参考様式6)

病児・病後児保育事業利用規約【例】

(名称)

第1条 この施設の名称を「〇〇」(以下「保育室」という。)とし、管理・運営は、〇〇法人〇〇が行う。

(所在地)

第2条 保育室は、〇〇市〇〇に置く。

(目的)

第3条 保育室における病児・病後児保育事業は、病児又は病後児を一時的に保育し、もって児童福祉の向上を図ることを目的としたものである。

(利用定員)

第4条 保育室の利用定員は、〇名とする。

(利用対象)

第5条 保育室を利用することができるのは、あらかじめ市町村に病児・病後児保育事業の利用登録をしている0歳児から小学校就学児童までを対象とし、次の要件を満たすものでなければならない。

- 一 病気又は病気の回復期であり、保育所等における集団保育が困難であり、かつ、保護者の就労等の事由により、家庭で保育されることができない児童であること
- 二 保育室の利用前の受診により、保育室での保育が可能であると診断されていること

(開設日時)

第6条 保育室の利用日及び時間は、次のとおりとする。

- 一 利用日は、〇曜日から〇曜日までとする。
- 二 利用時間は、前号に掲げる利用日の〇時から〇時までとする。

(利用申込)

第7条 利用しようとする児童の保護者は、「病児・病後児保育事業利用申込書(第〇号様式)」に、かかりつけ医が記載した「診療情報提供書」を添付し

て、保育室に提出するものとする。

(利用料金)

第8条 保育室の利用料は、別表のとおりとする。(別表省略)

(保育室への送迎)

第9条 児童の保育室への送迎は、保護者の責任において行うものとする。

(与薬)

第10条 保育室において、児童への与薬が必要となる場合は、医師から直接指導を受けた保護者の指示によるものとし、文書(与薬依頼書)により保育室に依頼しなければならない。

2 与薬は、医師の処方に基づくものに限るものとする。

3 保育室は、保護者の指示による与薬を行った場合の結果について、責任を負わない。

(緊急時の対応)

第11条 保育中の児童の状態の急変や事故などが生じた場合は、保護者に連絡のうえ、医療機関の指示に従い、保育室の職員が児童を受診させることがある。ただし、保護者が連絡を受けることができない場合は、保育室の判断で医療機関を受診させるものとする。

2 前項の受診に係る費用は、保護者の負担とする。

(保護者の義務)

第12条 児童の保護者は、保育室に対して保育に必要な情報を提供しなければならない。

2 児童の保護者は、保育室を利用する間は「病児・病後児保育事業利用申込書」に記載した緊急連絡先で常に連絡を受け、緊急時でも保護者の意思の確認ができるよう努めなければならない。

(善管注意義務)

第13条 保育室は、善良な管理者の注意義務をもって児童の保育を行う。

2 保育室は、児童及びその保護者の個人情報をも、本事業の実施に必要な範囲で使用する。

3 保育室は、児童の特殊事情に起因して発生した事故のうち、「病児・病後児保育事業利用申込書」に記載のない事情に起因する事故については、その責

任を負わないものとする。

(責任限度)

第 14 条 保育室は、万が一、保育室の責めに帰すべき事由により児童に事故が発生した場合、保育室が加入する損害保険規約に基づいて支払われる保険金をもって、児童及びその保護者の損害を補償するものとし、かつ、同保険金額をもって責任の限度とする。また、その保険規約により担保される支払事由の範囲内において、責任を負うものとする。

以上、本規約の内容について理解し、同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印