

阿賀野市告示第39号

阿賀野市病児保育事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和4年3月10日

阿賀野市長 田中清善

阿賀野市病児保育事業実施要綱の一部を改正する要綱

阿賀野市病児保育事業実施要綱（平成26年阿賀野市告示第152号）の一部を次のように改正する。

第1号様式及び第2号様式を次のように改める。

第1号様式（第6条関係）

第1号様式(第6条関係) 登録番号

阿賀野市病児保育事業利用登録申請書 年 月 日

阿賀野市長 様 申請者氏名 _____

阿賀野市病児保育事業を利用したいので、阿賀野市病児保育事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

児童の 情報	児童氏名	愛称	性別	生年月日
			男・女	年 月 日 (歳 か月)
	自宅住所(〒 -)			
	自宅電話番号 ()		自宅FAX番号 ()	
通園施設名	()園・小学校		年生	電話 - -
	かかりつけ医 ()医院・病院		先生	電話 - -
児童の兄弟姉妹		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
緊急時 連絡先	①・②とも記入	連絡先① 児童との続柄()	連絡先② 児童との続柄()	
	氏名			
	勤務先名称			
	勤務先住所			
勤務先の電話				
予防接種	これまでに受けた予防接種に☑と()内の回数に○をつけてください			
	<input type="checkbox"/> Hib ワクチン (1回・2回・3回・追加)	<input type="checkbox"/> BCG 済		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)	<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹) (1期・2期)		
	<input type="checkbox"/> 四種混合 1期 (1回・2回・3回・追加)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回・2回・追加)		
	<input type="checkbox"/> 三種混合 1期 (1回・2回・3回・追加)	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう (1回・2回)		
	<input type="checkbox"/> ポリオ(生ワクチン) (1回・2回)	<input type="checkbox"/> おたふく (1回・2回)		
	<input type="checkbox"/> ポリオ(不活化) (1回・2回・3回・追加)	<input type="checkbox"/> その他 ()		
既往症等	これまでにかった病気に☑と()内にコメント及び○をつけてください			
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 喘息又は喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時に治療)	
	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> じんましん(原因は)	
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(過去に 回 座薬の指示 有・無) (初回は 歳 か月 最後は 歳 か月)		
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう			
	<input type="checkbox"/> 入院歴がある(病名: 歳 か月 病名: 歳 か月 (病名: 歳 か月 病名: 歳 か月)			
その他	食物アレルギー ない・ある(具体的に)			
	食事制限 ない・ある(牛乳・卵・大豆・鶏肉・そば・小麦粉・その他)			
	常用服薬等 ない・ある(具体的に)			
体質やくせ等、心配なことや配慮が必要なことについて具体的に記入してください				

裏面に続きます。

(裏)
同 意 内 容

- 1 利用中は職員の指示に従います。
- 2 利用時間を厳守します。
- 3 病児保育室は細心の注意を払い事業を実施しますが、保育室内において児童同士の感染が起こった場合は、市はその責任を負いません。
- 4 利用児童の症状に変化があった場合は、保護者から迎えに来ていただきます。なお、保育室の看護師が受診の必要があると判断した場合は、保護者の同意を得たうえでがの市民病院小児科への搬送、受診、治療、処置を行います。また、保護者と連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあり、その際発生する医療費等は保護者から負担していただきます。
- 5 保護者負担額の審査のため、職員が世帯の課税状況及び公定扶助の受給に関する資料を閲覧及び確認を行います。

以上、私は阿賀野市病児保育事業の利用登録にあたり、上記項目に同意します。

署名 _____

【処理欄】

利用料金	徴収・減額	受付日	・	・		
------	-------	-----	---	---	--	--

第2号様式（第7条関係）

第2号様式(第7条関係)

阿賀野市病児保育事業利用申請書

病児保育室を利用するにあたり、あがの市民病院小児科医が所用で不在となることを承知し、下記事項について同意します。

- ① こどもの症状に変化があり、病児保育室から連絡を受けた場合は、直ちに迎えにきます。
- ② 病児保育室の看護師が受診の必要があると判断した場合は、かかりつけ医若しくは救急搬送を行ってもらい、受診、治療、処置等を行っていただくことに異存ありません。その際発生する医療費等は保護者が負担します。

年 月 日

阿賀野市長 様

		登録番号	-	
利 用 児 童	氏名	男・女		
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
	園名等	保育園・幼稚園・小学校		
お迎え予定	氏名		予定時間	時 分 ころ
緊急時連絡先①	氏名		電話番号	- -
緊急時連絡先②	氏名		電話番号	- -
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間を予定)			

【処理欄】

承諾	No.	-		利用料	済 未納
	期間	月 日	~ 月 日		

裏面に続きます。

(裏)

下記のとおり、利用児童の状況について申告します

発症から今朝までの経過と症状について簡潔に記入してください	
病名	
処方薬	ない・ある 医薬品名 []
体温	今朝の体温 [℃] 昨日の最高体温 [℃] 平熱 [℃]
せき	でない・でる [コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン・その他]
鼻水	でない・でる [水鼻・青鼻]
痛み	ない・ある [頭・のど・おなか・耳(右・左)・その他()]
食欲	ある・ない
吐き気	ない・ある いつから [日 時頃から 回 最後の嘔吐は 日 時頃]
水分	とれている・あまりとれていない・とれていない
排尿	いつもと同じ・やや少ない・少ない
便秘	していない・している [日から]
発疹	ない・ある [顔・足・おなか・おしり・背中・口・その他()] いつ頃からでているか [月 日頃から]
アレルギー	ない・ある [食物・薬・その他()] 処方されている医薬品等 [] 注意点 []
食事	1人で食べる・食べさせてもらう・その他 []
ミルク	哺乳方法 [哺乳瓶・マグカップ・その他()] 哺乳間隔 [時間ごと] 1回の量 [cc] 最終哺乳時間と量 [時 分 cc]
睡眠	どのように寝かせているか [1人で寝る・添い寝・おんぶ・抱っこ・その他()] 寝るときの癖はあるか [ない・ある()] 昨夜の状況 [よく寝れた・寝れなかった] 睡眠時間 [時 分 ~ 時 分]
排泄	1人でできる・1人でできないが知らせる・オムツを使用 最終排便 [日 時頃] 下痢 [していない・している(日 時頃から 回/日) 今日は 回]
遊び	どんな遊びが好きか []
保育園・幼稚園・小学校で流行っている病気はありますか？	[ない・ある (病名)]
昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか？	[使用していない・使用した(座薬・内服)]

※該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください。

附 則

この告示は、令和4年3月10日から施行する。