

阿賀野市告示第 1 5 2 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 8 年 7 月 3 0 日

阿賀野市長 加 藤 博 幸

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 2 6 年阿賀野市告示第 1 5 2 号）の一部を次のように改正する。

第 7 条第 1 項中「市長が指定する」を削り、「阿賀野市病児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）」を「病児・病後児保育診療情報提供書（医師連絡票）」に改める。

第 9 条中「阿賀野市病児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）」を「病児・病後児保育診療情報提供書（医師連絡票）」に改める。

別表を次のように改める。

別表（第 1 1 条関係）

事由	減免率
生活保護法（昭和 2 5 年法律第 1 4 4 号）による生活援助を受けている者	1 0 0 %
市民税の非課税世帯の者	5 0 %
ひとり親家庭等医療費助成受給者	
その他、市長が必要と認める場合	市長が別に定める率

第 1 号様式及び第 3 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	R ー
------	-----

令和 年度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)	
	住所(〒 ー) 市					
	電話番号 ()					
	通 園 施 設 名	()園・小学校			年 生	電 話 ー ー
	か かり つ け 医	()医院・病院			先 生	電 話 ー ー
	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					
	☐ Hib ワクチン (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追 加)			☐ B C G 済		
	☐ 小児用肺炎球菌 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追 加)			☐ MR (麻疹・風疹) (1 期 ・ 2 期)		
	☐ 四種混合 I 期 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追 加)			☐ 日本脳炎 (1 回 ・ 2 回 ・ 追 加)		
	☐ 水ぼうそう (1 回 ・ 2 回)			☐ おたふく (1 回 ・ 2 回)		
	☐ その他 ()					
	既 往 症 等	これまでににかかった病気に☑と()内にコメント及び○をつけてください				
☐ 突発性発疹症		☐ おたふくかぜ		☐ 喘息又は喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時に治療)		
☐ はしか		☐ アトピー性皮膚炎		☐ じんましん (原因:)		
☐ 風疹		☐ 百日咳		☐ その他 ()		
☐ 溶連菌感染症		☐ 熱性けいれん (過去に 回 座薬の指示 有 ・ 無)				
☐ 水ぼうそう		(初回は 歳 か月 最後は 歳 か月)				
☐ 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 予約後に利用の必要がなくなった場合は、キャンセルの連絡を必ず速やかに行ってください。
- 4 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。
- 5 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あ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。
- 6 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。
- 7 登録における情報は、実施施設、県及び関係市町村に情報提供することに同意します。

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 3 号様式（第 7 条関係）

第3号様式(第7条関係)

病児・病後児保育診療情報提供書（医師連絡票）

（宛先） 居住地市町村長 殿

病児保育または病後児保育の利用について、下記のとおり診療情報を提供いたします。

患者氏名			性別	男 ・ 女	
患者生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日生（満 歳）				
患者住所					
電話番号	－ －		保護者氏名		
病名・症状（番号に○）					
01 感冒・感冒様症候群	10 結膜炎	19 流行性角結膜炎	<病名不明の時>		
02 気管支炎	11 伝染性膿痂疹	20 インフルエンザ（A・B）			
03 肺炎	12 溶連菌感染症	21 流行性耳下腺炎	01 嘔吐		
04 喘息	13 突発性発疹症	22 水痘	02 下痢		
05 喘息様気管支炎	14 咽頭結膜熱		03 発熱		
06 扁桃腺炎	15 ヘルパンギーナ	30 その他	04 喘鳴		
07 クループ症候群	16 手足口病	（ ）	05 咳嗽		
08 急性胃腸炎	17 RSV感染症		06 湿疹		
09 中耳炎・外耳炎	18 hMPV感染症	※迅速検査診断の結果がありましたらご記入ください （ ）			
病状（○印）	01 急性期（発熱等）【病児保育】		02 回復期（解熱・微熱等）【病児・病後児保育】		
隔離の必要（○印）	01 なし		02 あり		
安静度（○印）	01 床上安静		02 室内安静		03 特になし
既往歴、治療経過及び症状経過					
現在の投薬処方	☐ 別紙参照 ☐ その他 ※必ず投薬処方が分かるもの（お薬手帳など）を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください。				
基礎疾患の有無	なし ・ あり（ ）				
アレルギーの有無	なし ・ あり ☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☐ その他（ ）				
保育上の注意	なし ・ あり（ ）				
飲食上の注意	※食事は、原則利用者が持参。病後児保育施設では提供可能な場合あり（要 問合せ）。				
その他指示					

（注） この様式を書いていただく料金は 令和 年 月 日
保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の 医療機関
扱いとなります。 所在地
電話番号
FAX
医師名

附 則

この告示は、令和 8 年 7 月 3 0 日から施行する。