

砂川市規則第29号
令和6年6月24日

砂川市病児・病後児保育施設設置条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市病児・病後児保育施設設置条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市病児・病後児保育施設設置条例施行規則（平成28年規則第44号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式から別記第3号様式、別記第7号様式及び別記第8号様式を次のように改める。

附 則

この規則は、令和6年7月1日から施行する。

砂川市病児・病後児保育（新規・変更）登録申込書

年 月 日

砂川市長 様

住所
 申込者 _____
 氏名 _____

病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり（新規・変更）登録を申込みます。

ふりがな		性別	生年月日	年齢		
児童の氏名		男・女	年 月 日	歳 か月		
同居の家族	家族の氏名	続柄	生年月日	勤務先	勤務先電話	緊急連絡先
日常の保育状況	<input type="checkbox"/> 市立保育所を利用 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 市立病院院内保育所を利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園を利用 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 学童保育所を利用 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他保育施設を利用 (施設名: _____)					
掛り付けの病院	診療科: _____ 科 (病院名: _____)					
健康保険証番号	種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他	記号	番号	
同意書						
病児・病後児保育施設の利用に必要な私又は私の世帯に属する者の収入、課税状況並びに世帯員の状況等について、公簿等により確認することに同意します。 年 月 日 氏名 _____						

（裏面もご記入願います。）

※市記入欄

施設利用確認欄	児童が属する世帯の区分	利用者負担額	登録番号
	市内に住所を有する生活保護世帯・市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 0 円	
	市内に住所を有する上記以外の世帯	<input type="checkbox"/> 2,000 円	
	市外に住所を有する世帯	<input type="checkbox"/> 3,000 円	

(裏面)

健康調査票

児童の保育に備えて詳しく伺います。母子健康手帳等に基づいてご記入ください。

出産状態 乳幼児期の発達	・分娩時の異常 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・在胎 () 週 ・出産時体重 () グラム ・首の座り () か月 ・お座り () か月 ・一人歩き () か月 ・言葉の始まり () か月	
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG (年 月) <input type="checkbox"/> 四種混合 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> 五種混合 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> Hib 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> MR 1期 (年 月) 2期 (年 月) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> 水とう (水ぼうそう) 1回 (年 月) 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> ロタ (価) 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 1回 (年 月) 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> B型肝炎 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期1回 (年 月) 1期2回 (年 月) 1期3回 (年 月) 2期1回 (年 月) <input type="checkbox"/> その他 () (年 月)	
今までにかかった 感染症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水とう(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> しょうこう熱 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> B型肝炎(キャリアを含む。) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 突発性湿しん <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
その他、今までにかかった病気等で 注意すべきもの	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回: 歳時 以後: 回反復 最終: 年 月) <input type="checkbox"/> ぜん息 (<input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時のみ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (アレルギー品目:) <input type="checkbox"/> 無 (アレルギーの症状:)	
普段の食事	乳児	栄養法 (<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合) 1日 (回 cc) 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) 1日 () 回
	幼児 以上	好きなもの () 嫌いなもの () 食欲 (<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食) 食事形態 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる
生活状態	排せつ	<input type="checkbox"/> 全ておむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 寝る時のみおむつ <input type="checkbox"/> 自立している ※排せつの予告 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
	睡眠	睡眠時間 (昼 : ~ :) (夜 : ~ :) 寝つき (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 寝起き (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 寝るときの様子や癖 ()
	性格	<input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 勝気 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 乱暴
○その他、児童を預けられる際、職員に知っておいてほしいこと、気掛かりなこと、要望等があれば記入してください。		

砂川市病児・病後児保育利用申請書

砂川市長 様

病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな		性別	生年月日		年齢
児童の氏名		男・女	年	月	日 歳 か月
緊急連絡先	連絡先①氏名		連絡先①電話		
	連絡先②氏名		連絡先②電話		
申請理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日 の（ ）日間				
児童の症状	① 医師に診断された病名は何ですか		病名（ ）		
	② 保育所等をいつから休んでいますか		月 日 から		
	③ 今朝の体温は何度ですか		℃		
	④ 現在の症状を教えてください		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	⑤ 服薬はしていますか		<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		
	⑥ 薬の内容を教えてください		<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	⑦ 最後に服薬したのはいつですか		月 日 時 分 頃		
	⑧ 水分はよくとれていますか		<input type="checkbox"/> とれている <input type="checkbox"/> とれていない		
	⑨ 昨夜はよく眠れていましたか		<input type="checkbox"/> 眠れていた <input type="checkbox"/> 眠れていなかった		

同意書

病児・病後児保育施設の利用に当たり、次の事項に同意いたします。

病児・病後児保育施設の利用中に児童の体調が急変し、協力医療機関の医師の判断により医療行為が必要と診断されたときは、事前に保護者に連絡することを原則としますが、速やかに連絡が取れない場合又は急を要する場合については、保護者への連絡よりも医療行為を優先することがあります。

年 月 日

住所

氏名

※市記入欄

領収確認欄	受付欄

砂川市病児・病後児保育医師連絡票

（保護者記入欄）

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童の氏名		男・女	年 月 日	歳 か月

医師の診察及び説明を受けた上で、病児・病後児保育施設の利用を申請します。

署名（保護者氏名）

（診断医師記入欄）

病名・病状 (○印)	1 急性上気道炎	12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	2 急性気管支炎・肺炎	13 麻疹（はしか）
	3 ぜん息・ぜん息性気管支炎	14 水とう（水ぼうそう）
	4 感染性胃腸炎	15 百日咳
	5 中耳炎・外耳炎	16 風しん
	6 結膜炎（流角結を含む。）	17 インフルエンザ（ ）型
	7 伝染性のうかしん（とびひ）	18 溶連菌感染症
	8 突発性発しん	19 アデノウイルス感染症
	9 手足口病	20 R Sウイルス感染症
	10 ヘルパンギーナ	21 マイコプラズマ感染症
	11 伝染性紅斑（りんご病）	22 新型コロナウイルス感染症
	その他病名（ ）	
	病名不明時の症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> ぜん鳴 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> その他（ ）	
安静度 (○印)	1 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい。）	
	2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）	
	3 隔離室で保育	
	4 隔離室で保育安静	
処方薬 (○印)	1 抗生物質	7 止痢剤
	2 去たん剤	8 整腸剤
	3 鎮咳剤	9 解熱鎮静剤
	4 気管支拡張剤	10 抗けいれん剤
	5 抗ヒスタミン剤	11 抗ウイルス剤
	6 抗アレルギー剤	12 制吐剤
	外用薬（ ）	
	その他（ ）	
指示事項 (○印)	1 水分補給	
	2 消化のよい食事	
	3 クーリング	
	4 その他（ ）	

記載年月日

年月日

診断医療機関名

電話番号

診断医師署名

砂川市病児・病後児保育利用者負担額減免申請書

年 月 日

砂川市長 様

保護者 住所 _____
氏名 _____

病児・病後児保育利用者負担額の減免を受けたいので、砂川市病児・病後児保育施設設置条例施行規則第9条の規定により、次のとおり申請します。

児童氏名		年 月 日生	男 ・ 女
利用者負担額	円（日額）		
減免を必要とする理由			

上記の者は、次の理由により利用者負担額を減免することが（適当・不適當）と認めます。

(適当・不適當)と認める理由	
----------------	--

年 月 日

砂川市長 印

利用者負担額		円
減免額		円
差額	未納額	円
	還付額	円

砂川市病児・病後児保育事業協議書

年 月 日

砂川市長 様

事業予定者の所在地及び名称	所 在 地
	名 称
	代 表 者 氏 名
	電 話 番 号

病児・病後児保育事業を実施するに当たり、砂川市病児・病後児保育施設設置条例施行規則第10条第1項の規定により協議します。

会社概要				
法人名等				
設立年月日				
経歴・沿革				
資本金				
従業員数	役員	名		
	正社員（又は専従者）	名		
	パート・アルバイト等	名		
本店所在地				
支店・営業所数				
保育所等運営実績	施設名		施設の種類	
	施設名		施設の種類	
	施設名		施設の種類	
	施設名		施設の種類	
砂川市病児・病後児保育施設の職員配置計画				
配置職員	氏名	職種	勤務形態	資格取得
			常勤・非常勤	登録番号第 号
			常勤・非常勤	登録番号第 号
			常勤・非常勤	登録番号第 号
			常勤・非常勤	登録番号第 号