

綾瀬市病児保育事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、当面症状の急変が認められない病気の児童を適切な処遇が確保される施設において、集団保育及び家庭での保育が困難な期間一時的に保育する事業（以下「病児保育事業」という。）の実施について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）及び児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）の例による。

(病児保育事業の委託)

第3条 市長は、病児保育事業の実施について必要と認めるときは、法第34条の18第1項の規定による届出を行った者に対し、病児保育事業の全部若しくは一部を委託することができる。

(対象児童)

第4条 病児保育事業の対象とする児童（以下「対象児童」という。）は、入院加療の必要がなく、当面症状の急変は認められないが、集団保育及び家庭での保育が困難であって、医師の判断により病児保育事業の利用が可能とされた次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 満1歳以上から小学校6年生までの市内に住所を有する児童

(2) 市内の認可保育所、地域型保育施設、認定こども園又は幼稚園に在籍している満1歳以上の市外に住所を有する児童

2 病児保育事業を実施する施設（以下「実施施設」という。）の長は、対象児童の健康状態等により当日の保育を拒否することができる。

(利用定員)

第5条 実施施設の利用定員は、原則として3人とする。

(利用時間及び休業日)

第6条 病児保育事業の利用時間は、午前8時30分から午後5時15分までとする。

2 実施施設の休業日は、次のとおりとする。

(1) 日曜日及び土曜日

(2) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日

(3) 年末年始（12月29日から翌年1月3日まで）

3 前2項の規定にかかわらず、市長は、病児保育事業の運営上特に必要があると認めるときは、実施施設の長と協議の上、利用時間等を変更することができるものとする。

(利用日数)

第7条 病児保育事業の利用期間は、連続する7日以内（前条第2項各号に規定する日を除く。）とする。ただし、医師の判断等により市長が特に必要と認めるときは、7日を超えて利用することができる。

(利用方法)

第8条 病児保育事業の利用希望者は、次の各号に掲げる書類を、実施施設の長へあらかじめ提出し、利用登録をしなければならない。この場合において、これらの書類の有効期限は、提出年度の末日とし、次年度には改めて提出するものとする。

(1) 綾瀬市病児保育事業利用登録申込書（第1号様式）

(2) 同意書（第2号様式）

2 病児保育事業を利用しようとするときは、実施施設に対し事前に予約をし、利用を希望する日の前日（その日が休業日に当たる場合は、その直前の休業日でない日）までに綾瀬市病児保育事業利用申込書（第3号様式。以下「利用申込書」という。）を実施施設の長に提出しなければならない。

3 前項の規定にかかわらず、実施施設の長は、定員に満たない場合で特に支障がないと認められる場合は、利用日当日の申込みを受け付けることができる。

4 利用希望者は、第2項に規定する利用申込書を提出しようとするときは、あらかじめ対象となる児童に医師による診察を受けさせ、綾瀬市病児保育事業診療情報提供書（第4号様式）の交付を受け、利用申込書に添付しなければならない。

5 実施施設の長は、第2項に規定する利用申込書等を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、対象児童に病児保育事業を利用させるものとする。

(利用料等)

第9条 病児保育事業を利用する児童の保護者は、別表に定める利用料を実施施設の長に支払わなければならない。

2 昼食及びおやつは、児童の保護者が用意するものとする。ただし、児童の保護者が用意できない場合は、実施施設が用意する昼食及びおやつに係る代金を児童の保護者が負担するものとする。

3 前項の代金のほか児童が緊急に診察を受けた場合の医療費、薬剤費及び児童に使用する医療材料費等の消耗品等に係る代金は、児童の保護者が別に負担しなければならない。

4 前3項に定める利用料及び代金は、児童が利用する日ごとに、保護者が実施施設の長に支払わなければならない。

(その他の事項)

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

別表（第9条関係）

利用者の世帯区分	児童1人当たりの利用料（日額）
生活保護世帯	0円
上記以外の世帯	2,000円

備考 利用者は、生活保護世帯に該当する場合には、当該世帯であることを証する書類を、実施施設の長に提出しなければならない。

綾瀬市病児保育事業利用登録申込書

(宛先) 綾瀬市長
(病児保育事業実施施設長)

次のとおり病児保育事業の利用登録を申し込みます。

申請者 (保護者)	フリガナ		住所			
	氏名					
	続柄		電話			
	勤務先名		勤務先 住所			
	電話					
児童	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢	歳
	通園施設	施設名	電話			
生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、受給者証を提示してください。)				
主治医 (かかりつけ医)	医療機関名		担当医師		電話番号	

既往歴 (今までかかった病気の番号に○印を付けてください。)

1. 突発性発疹	初回	歳
2. 麻疹 (はしか)	11. 熱性けいれん	最後は 歳
3. 水痘 (水ぼうそう)	これまでに	回
4. 風疹 (三日ばしか)	12. 食物アレルギー (内容・配慮事項)	
5. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		
6. 百日咳		
7. 喘息・喘息様気管支炎		
(毎日薬を飲んで いる・いない・発作時)		
(毎日吸入をして いる・いない・発作時)		
8. アトピー性皮膚炎	13. その他 (病気・入院歴・常備薬等)	
9. 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)		
10. B型肝炎		

病児保育施設使用欄

更新日	/	/	/
サイン			

予防接種の状況 (これまで受けたものとその回数等に○印を付けてください。)

・四種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ)	1回・2回・3回・4回
・三種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風) 第1期初回	(1回・2回・3回) 第1期追加
・ポリオ	生ポリオ (1回・2回)、不活化ポリオ (1回・2回・3回・4回)
・BCG	1回
・MR (麻疹・風疹)	1期・2期
・日本脳炎	第1期 (1回・2回・3回)、第2期
・ヒブ	1回・2回・3回・4回
・肺炎球菌	1回・2回・3回・4回
・おたふくかぜ	1回・2回
・水痘 (水ぼうそう)	1回・2回
・B型肝炎	1回・2回・3回
・ロタウイルス	1価 (1回・2回)、5価 (1回・2回・3回)
・その他	()

※予防接種欄は、母子手帳で確認してご記入ください。

保育資料 (日常生活の状況について記入してください。)

健康状態	健康・身体での留意点 (体質・障がい 等)					
食事	□母乳		□ミルク			
	□離乳食 (初:ごっくん期/中:もぐもぐ期/後:かみかみ期/完:パクパク期)					
	□幼児食・普通食					
	食べ方	□介助	□手づかみ	□スプーン	□おはし	
飲み方	□哺乳瓶	□マグ	□コップ			
好き嫌い その他						
睡眠	昼寝	□しない	□する (時	～	時)
	くせ					
排泄	□おむつ		□トレーニング中	□自立		
	日常の便の様子: □固 □普 □軟 (回数 回/日)					
好きな遊び 人見知り						
一日の流れ	6時	9時	12時	15時	18時	21時

同意書

私は、病児保育事業を利用するにあたり、下記の内容を了承し、同意します。

記

- 1 病児保育事業診療情報提供書を提出しても、児童の状態により利用できない場合があること。
- 2 利用中は、実施施設の指示事項を守ること。また、これに反する場合は利用できなくなることがあること。
- 3 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、利用を中止する場合があること。また、その際は、速やかに迎えに来ること。
- 4 児童の症状が急変し、実施施設の職員が医療機関での受診が必要と判断した場合は、保護者と連絡が取れない場合であっても受診し、医師の診断に基づき医療行為を行うことがあること。また、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 5 細心の注意を払っているが、施設の性質上、施設内での利用児童同士の感染が起こる可能性があること。
- 6 実施施設から指示された預かり時間は厳守すること。

（宛先）綾瀬市長

（病児保育事業実施施設長）

年 月 日

保護者（署名）

第3号様式（第8条関係）

綾瀬市病児保育事業利用申込書

(宛先) 綾瀬市長
(病児保育事業実施施設長)

年 月 日

申請者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____

病児保育事業を利用したいので、次のとおり綾瀬市病児保育事業診療情報提供書を添えて申し込みます。

フリガナ		生年月日	年 月 日		
児童氏名		性別	男・女	年齢	歳
緊急連絡先	①連絡先		電話	—	—
	②連絡先		電話	—	—
利用の理由	保護者の状況 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
お迎え予定時間	時 分頃				
お迎えに来る人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () ※本人確認ができるものを提示のこと。				
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、受給者証を提示してください。)				
主治医 (かかりつけ医)	医療機関名		担当医師	電話番号	

昼食	<input type="checkbox"/> 昼食を持参する <input type="checkbox"/> 昼食を依頼する (アレルギーのある方は昼食・おやつを持参してください。)	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (除去食材:)	
与薬 (処方薬に限る。)	<input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない	

児童の状況

症状					
発症日	月 日 () 頃から		嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
体温	平熱 ℃	今朝 ℃ 昨夜 ℃		昨日 回	今朝 回
睡眠	: ~ :		便	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 水様 昨日 回 今朝 回	
朝食	内容 () (食欲: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		発疹	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)	
授乳	(<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク (ml) : 頃		かゆみ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)	

綾瀬市病児保育事業診療情報提供書

(宛先) 綾瀬市長
(病児保育事業実施施設長)

診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。

医療機関 所在地
名 称
電 話
担当医師名 ㊟

<主治医の先生へお願い>

この用紙は、児童が綾瀬市病児保育事業を利用するために必要なものです。
病児保育事業は、当面症状の急変は認められないが、集団保育が困難な児童を対象としています。診療の上、当事業を利用することに支障がないと認められる場合には、上記の署名及び下記にご記入いただき、保護者へお渡しくくださるようお願いいたします。（利用できない疾病等は裏面をご覧ください。） ※綾瀬市に居住する児童については、保険診療（診療情報提供料I）の扱いでお願いします。（患者1人につき月1回限りの算定となります。）

【保護者記入欄】

児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日
------	--	-----	------	-------

【医療機関記入欄】病児保育事業の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

病 名	
症 状	
保育の留意点	<input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室
施設で投与が必要な薬	無 ・ 有 [薬剤名]
	与薬方法： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 屯用（ の時） []
施設への指示・連絡事項（所見等）	把握している既往歴（ /熱性けいれん 有・無）

※一度に予約できる日数は、原則3日以内です。（登園（校）基準のある疾病は登園（校）停止期間内の予約は可能、同一疾病であれば再度の予約は可能です。）

※利用期間は、連続する7日以内です。（休業日及び再受診の必要がある場合を除く。）

綾瀬市病児保育事業を利用できない疾病・症状

【病名】

インフルエンザ（かかりつけ医が利用可能と判断した場合以外）
麻疹 結核 腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎
急性出血性結膜炎 A型肝炎

【症状】

- ・ 39℃以上の発熱が続いている場合
- ・ 咳、喘鳴により呼吸困難な状態にある場合
- ・ 脱水症状の兆候がある場合
- ・ 食事を摂ることができない場合
- ・ 病状が重く点滴を必要とする場合
- ・ 1歳の誕生日を過ぎてMR（麻疹・風疹混合ワクチン）、水痘ワクチン、BCG未接種である場合
- ・ 症状が急変する可能性が認められる場合
- ・ かかりつけ医等の診察により、利用が困難と判断された場合

<問い合わせ先>

病児保育室ぽとふ 0467-71-1236

綾瀬市子育て支援課保育担当 0467-70-5615