

病児保育関係書類についての説明

○病児保育の利用には、事前の登録が必要になります。次の①と②又は③を保護者が記入し、病児保育施設「おひさまはるる」（健和会病院内）又は高森町教育委員会事務局へ提出してください。*尚、登録後記入内容に変更が生じた際には別紙「変更届」の提出をお願いいたします

① （様式第1号） 病児保育登録申込書

- 登録申込書の記入日は忘れずに記入してください
- 保護者氏名は保育園（幼稚園）の登録と同様にしてください
- 捺印は必ずお願いします
- きょうだいの登録の有無を記入してください

② 児童の発育と健康の状況（3歳未満児用）

③ 児童の発育と健康の状況（3歳以上児用）

のどちらか

を提出してください

○実際に利用する場合は、かかりつけ医を受診して、かかりつけ医の先生に⑤「医師連絡票」を記入していただいでください。あわせて、④高森町病児保育実施（当日）申込書を保護者が記入し提出してください。

また、かかりつけ医の先生からお薬をもらっているときは、⑥与薬依頼書（薬の内容がわかるものを添付）も提出してください。

④ （様式第2号）高森町病児保育実施（当日）申込書

⑤ 医師連絡票（かかりつけ医で記入）

⑥ 与薬依頼書（薬があるとき）

を提出してください

※この申込書セットには1枚しか添付してありませんので、必要な場合はコピーしてください。
用紙は、「おひさまはるる」（健和会病院内）又は子育て支援課にもあります。

病児保育利用料について

世帯の区分	利用4時間 未 満	利用4時間 以 上	備 考
生活保護世帯等	無 料	無 料	
保護者の町民税が非課税のひとり親世帯等	無 料	無 料	
保護者の町民税が非課税の世帯	500 円	1,000 円	
上記以外の世帯	1,000 円	2,000 円	

◎4月～6月は、前年の課税状況によります。

問合せ先

○制度や利用料について

高森町教育委員会事務局 こども未来係
電話 0265-35-9416

○予約や保育の内容について

健和会病院内 おひさまはるる
電話 0265-23-4001

高森町病児保育登録申込書

平成 年 月 日

高森町長

保護者氏名 ㊟

下記のとおり、高森町病児保育事業実施要綱第7条の規定により病児保育の利用の登録を申込みます。
 なお、病児保育に係る利用料減免のため、高森町長が私の世帯の町民税課税台帳及び生活保護、家庭の状況その他に関する高森町において管理する資料を閲覧することに同意します。

記

児童	ふりがな				生 年 月 日	性 別			
	氏名				平成 年 月 日	男・女			
	在籍園名								
保護者	ふりがな				自宅電話				
	氏 名				— —				
	住 所				携 帯 電 話 — —				
緊急連絡先	順 位	氏 名	続柄	携 帯 (自 宅) 電 話	勤 務 先 電 話				
	第 1								
	第 2								
	第 3								
かかりつけ医		病院・医院名	電話番号		健康 保 険	種類	社保・国保・共済 その他 ()		
	内科・小児科					記号			
	その他 ()					番号			
家族 (本人を除く)	続柄	氏 名	生年月日		勤 務 先	*登録の有無			
			M T S H	・ ・					
			M T S H	・ ・					
			M T S H	・ ・					
			M T S H	・ ・					
			M T S H	・ ・					
処理欄			利用料区分		高森町		実施施設		
					承 認	利 用 料	受 付	登 録	受 付
			1 無料 2 1,000 円/日 3 2,000 円/日						

*家族の欄「登録の有無」：兄弟関係において、病児保育の登録の有無の確認です。

児童の発育と健康の状況（3歳未満児用）

児童氏名（ ）

分娩	・正常 ・帝王切開 ・早産（ か月） ・双子 ・三つ子 ・難産（仮死 黄疸 その他（ ）） ・体重 g ・身長 cm ・胸囲 cm ・頭囲 cm			きょうだい 人中 第 子
生後3か月以内のほ乳方法	・母乳 ・混合 ・人工	離乳	開始（ か月） 完了（ か月）	
授乳時間	・規則的 ・不規則	発育	・良 ・普通 ・不良	
発達	首のすわり _____ か月 はいはい _____ か月 つかまり立ち _____ か月 歯の生え始め _____ か月 指さし _____ か月 伝い歩き _____ か月 寝返り _____ か月 発語 _____ か月 一人立ち _____ か月 お座り _____ か月 人見知り _____ か月 一人歩き _____ か月			
平常体温	度 分			
健康	予防接種・ポリオ最終 年 月 日・麻疹・風疹(混合1期) 年 月 日 ・四種混合最終 年 月 日・BCG 年 月 日 ・日本脳炎最終 年 月 日・肺炎球菌最終 年 月 日 ・水痘 年 月 日・ヒブ 最終 年 月 日 任意 ・流行性耳下腺炎 年 月 日・ロタウイルス 年 月 日 ・B型肝炎 年 月 日 体 質 ・アレルギー（アトピー性皮膚炎、ぜんそく、じんましん、発疹・呼吸困難等） 食品（ ） 薬品（ ） その他（ ） ・風邪をひきやすい ・発熱しやすい ・吐きやすい ・脱臼しやすい（部分 ） ・ひきつけやすい ・下痢しやすい ・便秘しやすい ・中耳炎になりやすい ・熱性けいれん（ 度以上） ・化膿しやすい ・その他（ ） 今までにかかった病気 麻疹（ 歳） 肺炎（ 歳） 中耳炎（ 歳） 百日咳（ 歳） 川崎病（ 歳） 水痘（ 歳） 風疹（ 歳） 溶連菌感染症（ 歳） 流行性耳下腺炎（ 歳） 熱性けいれん（ 歳） 股関節脱臼（ 歳） 自家中毒（ 歳） りんご病（ 歳） その他（ 歳、 歳、 歳） 持っている病気（例：アトピー性皮膚炎、心臓障害、ぜんそく） （ ）			
その他健康について	健康について特に伝えたいことがあれば記入してください ----- -----			

(3歳未満児用) 児童氏名 ()

食 事	分量 (多い 少ない) 時間 (決まった時間に食べる 時間は決めていない) 食事の形態 (流動食 すりつぶし きざみ 普通食) 好きなもの () 特に苦手なもの () 食べ方 (手づかみ スプーン フォーク はし) (食べさせてもらう 少し手伝ってもらう 自分で食べる) (いすに座って食べる テレビを見ながら食べる 遊びながら食べる) 除去している食品と程度 ()
排 泄	おむつ (1日 回交換 約 時間おき) おむつのとれた時期 (歳 か月) 小便 ・一人でできる ・教える (出る前 出てから) ・教えない 大便 ・一人でできる ・教える (出る前 出てから) ・教えない 場所 ・おまる ・便所 (和式 洋式) ・一人で行く ・大人がついて行く
睡 眠	1日の睡眠時間 ・起きる時間 時 分ころ ・寝る時間 時 分ころ ・午睡 午前 時間 、 午後 時間 計 時間 姿 勢 (うつ伏せ あお向け 横向き 横向き 自分で寝る 添い寝 抱っこ おんぶ) 寝付き (よい わるい) 寝起き (よい わるい)
清 潔	手洗い (自分で洗う 洗ってもらう 拭いてもらう) 洗 顔 (自分で洗う 洗ってもらう 拭いてもらう) 歯磨き (自分で磨く 磨いてもらう)
着 脱	自分でできるもの (パンツ ズボン シャツ トレーナー 靴下 靴) ・自分で着脱しようとする ・着脱をいやがる
その他	

児童の発育と健康の状況（3歳以上児用）

児童氏名（ ）

分娩	・正常 ・帝王切開 ・早産（ か月） ・双子 ・三つ子 ・難産（仮死 黄疸 その他（ ）） ・体重 g ・身長 cm ・胸囲 cm ・頭囲 cm			きょうだい 人中 第 子
生後3か月以内のほ乳方法	・母乳 ・混合 ・人工	離乳	開始（ か月） 完了（ か月）	
授乳時間	・規則的 ・不規則	発育	・良 ・普通 ・不良	
発達	首のすわり _____ か月 はいはい _____ か月 歩行開始 _____ か月 指さし _____ か月 発語 _____ か月 人見知り _____ か月			
平常体温	度 分			
健康	予防接種・ポリオ最終 年 月 日・麻疹・風疹(混合1・2期) 年 月 日 ・四(三)種混合最終 年 月 日・BCG 年 月 日 ・日本脳炎最終 年 月 日・肺炎球菌最終 年 月 日 ・水痘 年 月 日・ヒブ 最終 年 月 日 任意 ・流行性耳下腺炎 年 月 日・ロタウイルス 年 月 日 ・B型肝炎 年 月 日 体 質 ・アレルギー（アトピー性皮膚炎、ぜんそく、じんましん、発疹・呼吸困難等） 食品（ ） 薬品（ ） その他（ ） ・風邪をひきやすい ・発熱しやすい ・吐きやすい ・脱臼しやすい（部分 ） ・ひきつけやすい ・下痢しやすい ・便秘しやすい ・中耳炎になりやすい ・熱性けいれん（ 度以上） ・化膿しやすい ・その他（ ） 今までにかかった病気 麻疹（ 歳） 肺炎（ 歳） 中耳炎（ 歳） 百日咳（ 歳） 川崎病（ 歳） 水痘（ 歳） 風疹（ 歳） 溶連菌感染症（ 歳） 流行性耳下腺炎（ 歳） 熱性けいれん（ 歳） 股関節脱臼（ 歳） 自家中毒（ 歳） りんご病（ 歳） その他（ 歳、 歳、 歳） 持っている病気（例：アトピー性皮膚炎、心臓障害、ぜんそく） （ ）			
その他健康について	健康について特に伝えたいことがあれば記入してください ----- ----- ----- -----			

(3歳以上児用) 児童氏名 ()

食 事	分量 (多い 普通 少ない) 食べ方 (普通 遅い 早い 食べしぶる 遊びながら 自分で食べる 少し手伝ってもらふ 食べさせてもらふ) 特に苦手なもの () 箸 (正しく使える 使えない 握り箸 手づかみ スプーンやフォークで食べる) 食事時間 朝食 時 分ころ 昼食 時 分ころ 夕食 時 分ころ おやつの時間 午前 時 分ころ 午後 時 分ころ 除去している食品と程度 ()
排 泄	おむつのとれた時期 (歳 か月) ・おむつをしている ・夜だけしている 大便 1日 (回) (朝 昼 夜 不定) 一人でできる 一人でできない 小便 (遠い 普通 近い もらしやすい) 一人でできる 一人でできない 便所 (和式 洋式 おまる) 夜尿 (する 時々する しない)
睡 眠	通常の睡眠時間 ・起きる時間 時 分ころ ・寝る時間 時 分ころ ・午睡 ・する () 時間くらい ・しない ・する日としない日がある
清 潔	手洗い (自分で洗う 洗ってもらふ 拭いてもらふ) 洗 顔 (自分で洗う 洗ってもらふ 拭いてもらふ) 歯磨き (自分で磨く 磨いてもらふ 仕上げ磨きをしている)
着 脱	自分でできるもの (パンツ ズボン Tシャツなど 靴下 靴)
その他	

高森町病児保育実施（当日）申込書

平成 年 月 日

実施施設

保護者氏名

㊞

高森町病児保育事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

児 童 氏 名			ふりがな（ ） 性 別（ 男 ・ 女 ）	
緊急時の連絡先	(氏名 続柄)		①	- -
			②	- -
希 望 日 時	平成 年 月 日 ()			
	午前 午後 時 分 ~		午前 午後 時 分	
家庭で保育 できない理由	1 保護者の就労・就学等 2 保護者の傷病・災害・事故・出産・看護・介護 3 保護者の冠婚葬祭・心身の負担解消 4 その他			
病 名		症 状		
今日の健康状態	1 発症 月 日 () 昨夜の熱 °C 今朝の熱 °C 2 症状 咳 多い・少ない・なし 鼻水 多い・少ない・なし 機嫌 よい・普通・悪い 食欲 あり・なし 便 普通・軟便・下痢 嘔吐 あり (回) ・なし 睡眠 良い・不眠 (時 ~ 時)			
家庭からの連絡				
お迎えに来る方	氏名 ()		児童との続柄 ()	
実際の保育時間	午前 午後 時 分 ~		午前 午後 時 分まで	
病児	4時間未満	4時間以上	給食の有無 (実費)	有 ・ 無
備 考	高森町 ・ 町 ・ 村			
施設記入欄	看 護 師	保 育 士	保 育 料	円 発行日 平成 年 月 日

与薬依頼書

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願いします。

依頼者 児童氏名： _____

保護者氏名： _____ ⑩

平成 年 月 日

※ 最終内服状況

朝の内服： 有 ・ 無 時 分頃 服用

頓服： 有 ・ 無 時 分頃 服用

坐薬： 有 ・ 無 時 分頃 服用

※ 以下は“おひさまはるる”が記載します。

薬品名： _____

投与時刻 時 分 与薬 与薬者のサイン： _____

薬品名： _____

投与時刻 時 分 与薬 与薬者のサイン： _____

薬品名： _____

投与時刻 時 分 与薬 与薬者のサイン： _____

※この用紙は、お薬をもらっているときに保護者が記入し、当日申込書と一緒に提出してください。
また、お薬の内容がわかる薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えなどを添えてください。