

富山市病児保育事業利用登録申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 富山市長

申請者 住所  
(保護者)

氏名

富山市病児保育事業の利用について、裏面の同意事項を承諾の上、次のとおり申請します。

ふりがな					男 ・ 女	生年 月日	令和 年 月 日	お子さんの愛称
児童氏名								
保育施設 の名称								
かかりつけ医								
利用期間	令和8年4月1日 から 令和9年3月31日							
保護者	続柄	氏名	生年月日	職業	勤務先	勤務先電話番号	携帯電話など	
		(ふりがな)						
		(ふりがな)						
緊急 連絡先	①	(父・母・祖父母・その他)				連絡先		
	②	(父・母・祖父母・その他)				連絡先		

**お迎え型病児保育事業** (該当する方に○をつけてください。)

※お迎え型病児保育を 希望します ・ 希望しません

↓ 希望の方は、以下の項目に記入をお願いします。

登録時に下記①、②の写しを添付してください。	
①「資格情報(マイナンバー登録有)」または「資格確認書(マイナンバー登録無)」	
②「富山市子ども医療費受給資格」	
院内処方	あり・なし(薬局名)
福祉医療費受給資格証	こども ・ ひとり親 ・ 障害
生活保護費の受給	なし・あり(生活保護決定通知書の写しを添付してください)

## 富山市病児保育事業についての同意書

1. 病児保育室では、複数の体調不良のお子さんをお預かりします。感染対策には最善をつくしていますが、完全に予防することは困難であることをご了承ください。また、他のお子さんに対する感染予防の為に、お子さんの定期予防接種（法律で定められているもの）に関しては、接種対象期間に接種してください。
2. 病児保育室でお預かり中に、容態が変化するなど対応が困難になった時は、保護者の方にお迎えを依頼する場合があります。また、お子さんの病状によっては、病院に救急搬送することもあります。保護者の方は必ず連絡が取れるようにしておいてください。
3. 病児保育室が定員に達している等、受入困難な場合には、利用をお断りする場合があります。
4. 「お迎え型」病児保育と「病児・病後児型」病児保育では食事の内容が異なります。  
「お迎え型」の食事については、発生時間・児の状態（食物アレルギーの有無・離乳食の進み具合）や状況により保護者と相談させていただきます。  
「病児・病後児型」の食事は、弁当業者の弁当を提供します。食物アレルギー、宗教上食べられないものがある等、食事内容に個別の配慮が必要なおさんは、保護者の責任のもと弁当・おやつ等の持参をお願いいたします。持ち込まれた弁当やおやつは提供時間になるまでの間、調乳室の冷蔵庫で保管します。  
食欲がない場合やアレルギー、宗教上食べられないものがある等で十分な食事を提供できない場合、又は弁当を持参された場合の利用料の減額はありませぬ。
5. 富山市病児保育事業利用登録申請や、病児保育室利用に際して必要な書類に記載された情報については、本事業の実施に必要な限りにおいて、関係機関で共有します。事前登録していただいた情報に変更があった場合は、速やかに病児保育室にご連絡ください。
6. 書類提出後に詳細確認などの為、必要に応じて病児保育室から電話連絡することがありますので、登録申請書提出に合わせて病児保育室の電話番号の登録をお願いいたします。
7. 正当な理由がなく、保育時間を過ぎても病児保育室へお迎えに来られない場合は、次回以降の利用をお断りする場合があります。
8. 本登録の有効期限は、各年度の3月31日までとなります。利用にあたっては、年度ごとの登録が必要です。

※上記に加えて、以下<9.～14.>は、お迎え型利用に際する同意事項です。

9. 「お迎え型」を利用される場合は、保護者の方から、お子さまの入所（園）保育施設に、その旨お伝えください。
10. お子さんの状態が「お迎え型」が可能な状態であるか否かについては、保護者と保育施設からの聞き取りによるお子さんの情報をもとに看護師が判断させていただきます。
11. 基本的には、かかりつけ医への受診となりますが、診察時間外及び休診等の場合は市の指定する病院への受診となります。（かかりつけ薬局も同様です）
12. 病児保育室からの移動手段は、すべてタクシーを利用しますので、チャイルドシートはありません。
13. 「お迎え型」の医療機関での受診において緊急の治療が必要と判断された場合は、保護者の同意が必要となりますので連絡を取らせていただきます。連絡が取れない場合は、やむをえず保護者の同意を得ずに治療を受ける場合があります。
14. 医療機関が、病児保育室でお預かりすることが適当でないと判断した場合や、お子さんの不安が強く状態を悪化させると判断した場合には、お預かりを中止する場合があります。

富山市病児保育事業を利用するにあたり、以上の項目に同意します。

年 月 日 保護者住所  
氏名

# 富山市まちなか総合ケアセンター 病児保育利用児個人票

児童氏名 \_\_\_\_\_

食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ミルクの量や時間、離乳食の進み具合、食の好み、普段の食事量等</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下の該当するところに○をつけてください。その他ご心配なことがありましたら下にお書きください。</li> <li>排泄自立・トイレトレーニング中（ 時間毎）・オムツ・午睡時のみオムツ</li> </ul>
睡眠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 寝付く時の様子や普段の午睡時間、寝付く為のグッズ（タオル、人形など）等</li> </ul>
遊び	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段の保育所や家庭で楽しんでいる遊び等</li> </ul>
言葉	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ワンワンやマンマなどのお子さんが話す言葉、言葉のやりとりの様子等</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通常保育で配慮が必要な場合、病児保育室利用時もいつも通り安心して過ごせるように、日ごろの様子を出来るだけ詳しくお書きください。</li> </ul>

確認日	/	/	/	/	/
-----	---	---	---	---	---

兄弟	続柄	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢
出生時	正常・異常（例：早期産○週等）					
予防接種	○予防接種の接種状況をお知らせください。該当の項目・回数の数字を○で囲んでください。					
	インフルエンザ菌b型 (Hib)	未・1・2・3・追加	水痘	未・1・2		
	小児肺炎球菌	未・1・2・3・追加	日本脳炎	未・1・2・追加		
	B型肝炎	未・1・2・3	ロタウイルス	未・1・2・3		
	ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ (4種混合)	未・1・2・3・追加	ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib (5種混合)	未・1・2・3・追加		
	BCG	未・1	おたふくかぜ	未・1・2		
	麻しん (はしか) ・風しん	未・1・2	その他予防接種			
既往歴	○今までにかかった病気の番号及び〔 〕内の事項について該当の項目を○印又は必要事項を記入してください。					
	1	突発性発疹	9	B型肝炎		
	2	はしか	10	川崎病〔心臓合併症： なし・あり〕		
	3	風疹	11	アトピー性皮膚炎〔治療：なし・あり〕		
	4	水ぼうそう	12	中耳炎		
	5	おたふくかぜ	13	じんましん		
	6	百日咳	14	てんかん〔薬などの指示：なし・あり〕		
	7	喘息 〔薬の服用： なし・不調時・毎日〕	15	関節がはずれやすい〔回数： 回〕 〔部位： 〕 〔右・左・両方〕		
	8	熱性けいれん 〔回数： 回、最後： 年 月 日〕 〔発熱時抗痙攣薬指示：なし・あり〕	16	その他 ( )		
入院歴	○入院の経験はありますか 【 なし・あり 】 ※ありの方は下記の記入をお願いします。					
	( 歳 ヶ月 病名： )	入院期間	年 月 日～	年 月 日)		
	( 歳 ヶ月 病名： )	入院期間	年 月 日～	年 月 日)		
アレルギー	○アレルギーについて					
	食物： なし・あり ( )	※保育所における生活管理指導票〔なし・あり〕				
	薬： なし・あり〔薬品名 〕	※生活管理指導票の写しを添付してください。				
環境： なし・あり〔ダニ ・ハウスダスト ・ 動物_____ ・ その他 _____〕						
○アナフィラキシーショック【なし・あり】 ※ありの方は下記の記入をお願いします。						
〔いつ 年 月 日 原因：						
内服処方： なし ・ あり ( )	エピペン処方： なし ・ あり )					