

砂川市規則第34号

令和6年11月29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号様式を次のように改める。

附 則

この規則は、令和6年12月2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	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。		