

## 飯田市病児保育施設「おひさまはるる」利用について

○病児保育の利用には、事前の登録が必要になります。下記①と②又は③を記入し、病児保育施設「おひさまはるる」（健和会病院内）又は松川町教育委員会こども課へ提出してください。

\*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 飯田市病児保育施設「おひさまはるる」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等（認定こども園、事業所内保育所）の登録と同様にしてください。
- 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）

○利用する場合は、かかりつけ医を受診し、医師に⑤「医師連絡票」を記入してもらいます。

お薬がある場合は、⑥与薬依頼書（薬の内容がわかるものを添付）も必要になります。

利用日当日に④⑤⑥をおひさまはるるに提出をしてください。

④ 飯田市病児保育施設「おひさまはるる」（当日）申込書

⑤ 医師連絡票

⑥ 与薬依頼書（薬があるとき）

※複数枚必要な場合はコピーをしてください。

用紙は、「おひさまはるる」（健和会病院内）又はこども課にもあります。

○登録に際し必要なもの（母子手帳を見ながら正確にご記入ください）

- ❖母子手帳      ❖健康保険証

※令和3年7月1日から、上記①、④、⑥の書類への認印の押印を廃止いたしました。

## 飯田市病児保育施設「おひさまはるる」利用料について

◎4月～8月は、前年の課税状況によります。

世帯の区分	利用5時間 未 満	利用5時間 以 上	備 考
生活保護世帯等	無 料	無 料	
保護者の市民税が非課税のひとり親世帯等	無 料	無 料	
保護者の市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	

※ 利用料金の支払いは、利用後、こども課より納付書を送付します。

支払い期日までに支払いをお願いします。

お問い合わせ先

○制度や利用料について

松川町教育委員会こども課 保育園係  
電話 0265-36-7023（直通）

○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

## 飯田市病児保育施設「おひさまはるる」登録申込書

令和 年 月 日

飯田市長  
飯田市病児保育事業実施要綱第2条第1項協定町村長

保護者氏名

下記のとおり、飯田市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、飯田市長及び飯田市病児保育事業実施要綱第2条第1項協定町村長が私の世帯の市民税課税台帳及び生活保護、家庭の状況その他に関する飯田福祉事務所、協定町村役場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・令和 年 月 日	男・女
	在籍園・校名					
保護者	ふりがな				自宅	— —
	氏 名					
	住 所				携帯	— —
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
			T S H R . .			
			T S H R . .			
			T S H R . .			
			T S H R . .			
処理欄			M T S H . .			
			利用料区分		承認	利用料
			1 無料			
			2 1,000円/日			
		3 2,000円/日				

\*家族の欄「登録の有無」：きょうだい関係において、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 母乳方法	・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 歯の生え始め _____ か月 寝返り _____ か月 お座り _____ か月	はいはい _____ か月 指さし _____ か月 発語 _____ か月 人見知り _____ か月	つかまり立ち _____ か月 伝い歩き _____ か月 一人立ち _____ か月 一人歩き _____ か月	
平常体温	度 分			
健康	今までに受けた予防接種に○をしてください。 ①四種混合 （1回・2回・3回・追加）      ⑦おたふくかぜ （1回・2回） ②ヒブ （1回・2回・3回・追加）      ⑧みずぼうそう （1回・2回） ③小児肺炎球菌 （1回・2回・3回・追加）      ⑨A型肝炎 （1回・2回・3回） ④BCG （1回）      ⑩B型肝炎 （1回・2回・3回） ⑤日本脳炎 （1回・2回・追加・Ⅱ期）      ⑪MR（麻疹・風疹）（Ⅰ期・Ⅱ期） ⑥ロタ （1回・2回・3回） その他の予防接種（ ） 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。 アレルギー：アナフィラキシー・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎 食物や薬によるアレルギー：（何で・どんな症状 ） 肺炎 気管支炎 中耳炎 川崎病 突発性発疹 仮性クループ 副鼻腔炎（蓄膿症） 麻疹（はしか） 風疹 百日咳 おたふくかぜ みずぼうそう 自家中毒 熱性けいれん 無熱性けいれん 泣き入りひきつけ てんかん その他の病気・体質など（ ） 現在継続して使用している薬 病名・薬名・主治医  入院経験 病名・年齢			

(3歳未満児用) 児童氏名 ( )

食 事	分量 ( 多い 普通 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 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	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。

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 指さし _____ か月	はいはい _____ か月 発語 _____ か月	歩行開始 _____ か月 人見知り _____ か月	
平常体温	度 分			
健康	今までに受けた予防接種に○をしてください ①四種混合 （1回・2回・3回・追加）      ⑧日本脳炎 （1回・2回・追加・Ⅱ期） ②ヒブ （1回・2回・3回・追加）      ⑨ロタ （1回・2回・3回） ③小児肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）      ⑩おたふくかぜ （1回・2回） ④BCG （1回）      ⑪みずぼうそう （1回・2回） ⑤三種混合 （1回・2回・3回・追加）      ⑫A型肝炎 （1回・2回・3回） ⑥生ポリオ （1回・2回）      ⑬B型肝炎 （1回・2回・3回） ⑦不活化ポリオ（1回・2回・3回・追加）      ⑭MR（風疹・麻疹）（Ⅰ期・Ⅱ期） その他の予防接種（ ） 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。 アレルギー：アナフィラキシー・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 食物や薬によるアレルギー：（何で・どんな症状） 肺炎 気管支炎 中耳炎 川崎病 突発性発疹 仮性クループ 副鼻腔炎(蓄膿症) 麻疹(はしか) 風疹 百日咳 おたふくかぜ みずぼうそう 自家中毒 熱性けいれん 無熱性けいれん 泣き入りひきつけ てんかん その他の病気・体質など（ ） 現在継続して使用している薬 病名・薬名・主治医  入院経験 病名・年齢			

(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 少し手伝ってもらう 食べさせてもらう ) 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 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	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。

## 飯田市病児保育実施（当日）申込書

病児保育施設 おひさまはるる

飯田市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。

令和 年 月 日

保護者氏名

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	令和 年 月 日 ( )				
	時 分 ~ 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 ℃ 今朝の熱 ℃ 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 ( )	
お迎えに来た方	氏 名 ( )		お迎えに来た時間	時 分	
実際の保育時間	時 分 ~ 時 分まで				
時間区分	5時間未満	5時間以上	給食の有無 (実費)	有 ・ 無	
備 考	飯田市 ・ 町 ・ 村				
施設記入欄	看護師	保育士	保育料	円	発行日 令和 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： \_\_\_\_\_

令和 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。