

船橋市病児保育事業実施要綱

第1章 総則

(目的)

第1条 この事業は、乳幼児が病気治療中で症状が軽度と判断され医療機関による入院治療を必要としない状態にある場合（以下「病児」という）や病気の回復期にある場合（以下「病後児」という）に対し、集団保育等や家庭での育児が困難な期間、適切な処遇が確保される施設において当該児童を一時的に預かるほか、保育中に体調不良となった児童（以下「体調不良児」という）への緊急対応を行う病児保育事業（以下「事業」という）を実施することにより、保護者の子育てと就労等の両立を支援するとともに、児童の健全な育成及び資質の向上に寄与することを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、船橋市及び市長が適切と認めたものとする。

(事業類型)

第3条 実施する事業の類型は、次に掲げるものとする。

- (1) 病児対応型・病後児対応型 病児対応型事業においては児童が病気の回復期には至らない場合であり、かつ、当面病状の急変が認められない場合において、当該児童を病院・診療所に付設された専用スペース又は本事業のための専用施設において一時的に保育する事業であつて、病後児対応型事業においては、病気の回復期にあり、かつ、集団保育が困難な期間において、当該児童を病院・診療所、保育所等に付設された専用スペース又は本事業のための専用施設において一時的に保育する事業。
- (2) 体調不良児対応型 児童が保育中に発熱等による体調不良となった場合において、安心かつ安全な体制を確保することで、保育所等における緊急的な対応を図る事業及び保育所等に通所する児童に対し、保健的な対応を図る事業。
- (3) 送迎対応 病児対応型・病後児対応型事業において、看護師、准看護師、保健師又は助産師（以下「看護師等」という）又は保育士を配置し、保育所等において保育中に体調不良となった児童を送迎し、病院・診療所、保育所等に付設された専用スペース又は病児対応型・病後児対応型事業のための専用施設で一時的に保育することを可能とする。

第2章 病児対応型・病後児対応型事業

(実施施設)

第4条 この事業は病院、診療所又は保育所に付設された施設であつて、市長が指定した施設（以下「実施施設」という）において実施するものとする。

2 市長は、事業の実施を実施施設の設置者（以下「事業実施者」という）に委託することができる。

(対象児童)

第5条 対象となる児童は、次の各号のいずれにも該当する児童とする。

- (1) 児童が病気の回復期には至らない場合であり、かつ、当面病状の急変が認められないもの。また、病気の回復期にあるもの。いずれの場合も、医療機関による入院治療を要しないが、安静の確保に配慮する必要がある集団保育等が困難な児童で、保護者の勤務の都合、傷病、事故、出産、冠婚葬祭等社会通念上やむを得ない事由により家庭で育児を行うことが困難なもの。
- (2) 市内に居住している児童又は市内の認可保育所・認可外保育施設・小規模保育事業、家庭的保育事業、事業所内保育事業を実施する各施設・認定こども園・幼稚園及び小学校に通所・通学する児童で、生後5

7日を経過した日から満9歳に達した日以後における最初の3月31日までの間にあるもの。ただし、実施施設の受入れが可能である場合においては、事業実施者の判断で、生後57日を経過した日から満12歳に達した日以後における最初の3月31日までの間にあるものとするができる。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要があると認めた場合は、対象児童とすることができる。

(対象疾患の範囲)

第6条 対象疾患は、感冒、消化不良症（多症候性下痢）等乳幼児が日常罹患する疾患、水痘、季節性インフルエンザ等の感染性疾患、喘息等の慢性疾患及び骨折等の外傷性疾患などとする。

(実施施設の設備の基準)

第7条 実施施設の設備の基準は、次のとおりとする。

- (1) 保育室、観察室又は安静室、調理室及び調乳室その他実施に必要な設備を有すること。
- (2) 保育室の面積は、原則として利用定員1人当たり1.98㎡以上とし、1室8.0㎡を下回らないこと。
- (3) 観察室及び安静室は、乳幼児の静養又は隔離の機能を持つ部屋であって、原則として利用定員1人当たり1.65㎡以上とすること。
- (4) 専用の調乳室が設けられない場合は、調理室の一部を調乳場として区画すること。

(職員の配置基準)

第8条 職員の配置は、利用児童おおむね10人につき看護師、准看護師、保健師又は助産師(以下「看護師等」という)を1人以上配置するとともに、利用児童おおむね3人につき保育士を1人以上配置するものとする。

(保育時間等)

第9条 実施施設の保育時間及び休日は、次のとおりとする。ただし、市長が特に必要があると認めるときは、これを変更することができる。

- (1) 保育時間は、月曜日から金曜日までにあつては午前8時から午後6時まで、土曜日にあつては午前8時から午後1時までとする。
- (2) 休日は、日曜日、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、1月2日及び同月3日並びに12月29日から同月31日までとする。

(利用期間)

第10条 利用することができる期間は、連続して7日を限度とする。ただし、児童の健康状態についての医師の判断及び保護者の状況により必要があると認める場合は、この限りでない。

(事前登録)

第11条 利用を希望する対象児童の保護者は、あらかじめ病児対応型・病後児対応型事業利用登録票（第1号様式。以下「登録票」という。）を事業実施者に提出し、登録を受けるものとする。

2 前項について変更のあった場合は、病児対応型・病後児対応型事業利用登録事項変更届（第2号様式。以下「変更届」という。）を事業実施者に提出しなければならない。

(利用の申込み)

第12条 事業を利用しようとする場合、前条において事前登録をした保護者は、病児対応型・病後児対応型事業利用申込書（第3号様式。以下「申込書」という。）を事前に事業実施者に提出し、利用の申込みをしなければならない。ただし、緊急の場合の利用申込みについては、この限りでない。

(利用の決定)

第13条 事業実施者は、利用の申込みがあった場合は、当該児童の状態及び前条に規定する申込書の内容等
を下に、事業の利用の可否を決定するものとする。

(利用の制限)

第14条 事業実施者は、児童が次の各号のいずれかに該当すると認められるときは、この事業の利用を拒む
ことができる。

- (1) 伝染性の疾患を有し、感染の恐れがあると、実施施設の指定した医師が判断したとき。
- (2) 病状が重く、入院治療の必要があると、実施施設の指定した医師が判断したとき。
- (3) 定員を超え事業の実施体制の維持が困難と判断したとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、実施施設の利用を不相当と認めたとき。

(利用手続き及び事業実施者の責務等)

第15条 保護者は、この事業を利用するにあたり、実施施設の指定した医師又は、かかりつけの医師から「船
橋市病児対応型・病後児対応型事業利用連絡票」(第4号様式。以下「連絡票」という。)の発行を受け、
実施事業者に対し、申込書及び連絡書を提出しなければならない。この場合において事業を利用する保護者
のうち、第11条に規定する事前登録をしていないものについては、利用申込の際に当該手続を併せて行う
ものとする。

- 2 事業実施者は、この事業を実施するにあたっては、その旨を記載した連絡票により、保護者と協議のうえ
受入の可否の判断を行うとともに、児童の健康状態に十分留意し、安全かつ衛生的な事業を行わなければな
らない。
- 3 この要綱に定めるもののほか、事業実施者は、「病児保育事業の実施について」(平成27年7月17日
雇児発第0717第12号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)別紙 病児保育事業実施要綱の定める
ところに従い、事業を実施しなければならない。

(利用実績等の報告)

第16条 事業実施者は、事業の1月ごとの利用実績及び事前登録状況をその翌月の5日までに病児対応型・
病後児対応型事業実績報告書(第5号様式)により、市長に報告しなければならない。

(利用料等)

第17条 利用する保護者(生活保護世帯及びこれに準ずる世帯として市長が認める世帯を除く。)は、事業
に係る経費の一部として、児童1人につき次に掲げる利用料を事業実施者に納付しなければならない。

- (1) 月曜日から金曜日まで
 - ア 1日利用の場合 2,000円
 - イ 1日5時間までの半日利用の場合 1,000円
- (2) 土曜日 1,000円

- 2 前項の利用の単位は、1日又は半日とし、緊急突発的にやむを得ない事由により、申込み時間を超える場
合には、利用者は、上記利用料のほか、1時間につき300円の利用料を事業実施者に支払うものとする。
- 3 給食サービスの利用については、係る経費として、施設の定める料金を徴収できるものとする。
- 4 利用者は、前3項の利用料及び給食サービスの利用に係る経費のほか、利用期間中に児童が保育されるに
あたり、特別に必要となる消耗品等が生じた場合は、当該実費を事業実施者に納付しなければならない。

(委託経費)

第18条 市長は、この事業を事業実施者に委託した場合は、実施に係る経費として、委託料を支払うものとする。但し、第17条第1項及び第2項に規定する利用料等については、実施施設の収入とし、事務経費等に充てるものとする。

第3章 体調不良児対応型事業

(実施施設)

第19条 この事業は、船橋市又は市長が承認した市内の保育所等(以下「体調不良児対応型事業実施保育所等」)において実施するものとする。

(事業の承認および廃止)

第20条 前条の承認を受けようとする保育所等は、体調不良児対応型事業実施承認申請書(第6号様式)を、事業を実施しようとする前年の9月末日までに市長に提出しなければならない。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

- 2 市長は、前項の体調不良児対応型事業実施承認申請書を受理した場合は、内容を審査し体調不良児対応型事業実施承認・不承認通知書(第7号様式)により、事業の承認・不承認について通知するものとする。
- 3 体調不良児対応型事業実施保育所等が事業を廃止しようとするときは、その廃止の日の2か月前までに、体調不良児対応型事業廃止届(第8号様式)により市長へ届け出なければならない。

(対象児童)

第21条 対象児童は体調不良児対応型事業実施保育所等に通所しており、保育中に発熱するなど体調不良となった児童であつて、保護者に引き取られるまでの間、緊急的な対応を必要とする児童とする。

(体調不良児対応型事業の実施場所等)

第22条 実施場所は、保育所又は医務室が設けられている認定こども園、小規模保育事業所、事業所内保育事業所の医務室、余裕スペース等で、衛生的に配慮されており、対象児童の安静が確保されている場所としなければならない。

- 2 他の健康的な乳幼児が感染しないよう、職員及び他の乳幼児の往来を制限するために体調不良児対応型事業の実施場所と保育室・遊戯室等の間に間仕切り等を設けること。

(職員配置等)

第23条 職員の配置は、看護師等を1名以上配置し、預かる体調不良児の人数は、看護師等1名に対して2名程度とすること。

(看護師等の業務)

第24条 担当する看護師は、当該業務以外に次の業務を行わなければならない。

- (1) 事業実施保育所等における乳幼児全体の健康管理・衛生管理等の保健的な対応を日常的に行うこと。
- (2) 地域の子育て家庭や妊産婦等に対する相談支援を地域のニーズに応じて定期的実施すること。

(保育時間)

第25条 実施日及び実施時間は、体調不良児対応型事業実施保育所等の開所日及び開所時間とする。

(利用状況報告)

第26条 事業実施者は、1月ごとの利用実績を体調不良児対応型事業実施状況報告書（第9号様式）により市長に報告しなければならない。

第4章 送迎対応

（実施施設）

第27条 実施施設は、病児対応型事業を実施している施設のうち、市長が指定した施設において実施するものとする。

（職員配置）

第28条 保育所等から体調不良児対応の送迎を行う際には、送迎用の自動車に同乗する看護師等又は保育士を配置すること。

（送迎方法）

第29条 送迎対応を実施する病児対応型事業の実施施設は次の通り送迎を行うものとする。

- （1） 保育所等から体調不良児の送迎を行う際には、送迎用の自動車に看護師等又は保育士が同乗し、安全面に十分配慮した上で実施すること。
- （2） 送迎はタクシーによる送迎を原則とする。ただし、やむを得ない事由によりタクシーによる送迎対応が困難な場合には、その他自動車の借り上げ等による実施も可能とする。

（利用状況報告）

第30条 送迎対応を実施する病児対応型事業の事業実施者は、1月ごとの利用実績を病児対応型事業（送迎対応）実施状況報告書（第10号様式）により市長に報告しなければならない。

（補則）

第31条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成13年5月10日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成16年12月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱中第10条及び11条の規定は平成20年3月1日から、第1条から第4条、第12条から18条の規定は、同年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 第10条及び第11条の規定の施行の際現に調製されている用紙及び第14条の規定の施行の際現に調製されている用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

第1号様式

船橋市病児対応型・病後児対応型事業利用登録票

登録番号 — —

事業実施者 様 登録日 年 月 日
 修正日① 年 月 日
 修正日② 年 月 日

申請又は保護者氏名

船橋市病児対応型・病後児対応型事業を利用したいので、次のとおり登録します。

(ふりがな) 児童氏名	愛称()		年 月 日生	男・女	
自宅住所	電話 ()				
児童の所属	保育園・幼稚園・小学校 その他 () 電話 ()				
かかりつけ の医院					
保護者氏名 (緊急時の連絡 先に○をつけて 下さい)	父	() 才	携帯	勤務先名 電話 ()	
	母	() 才	携帯	勤務先名 電話 ()	
児童の 兄弟姉妹	氏名	() 才	氏名	() 才	
	氏名	() 才	氏名	() 才	
<input type="checkbox"/> 生活保護に該当する					
食事 昼食 __時頃	乳	ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工	1回量 () cc・回数 () /日	
	児	離乳食	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期	回数 () /日	
	幼 児	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> はしを使う <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う		
		食事時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則		
		食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある		
		好きな物 嫌いな物			
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけつける <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中			
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 一人でする	回数 () /日		
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 一人でする	回数 () /日		
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない			
昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する			時間 () 時間	
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他 ()				
好きな遊び					
性格・癖・怖がるものなど					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (有りの方は、具体的に記入して下さい)				

* 申請又は保護者の方は、登録番号欄には記入しないで下さい。

* 該当欄 に を付けてください。

・ご登録いただいた個人情報は事業の実施の範囲内で利用いたします。個人情報の収集目的を越えた利用及び提供は、個人情報の保護に関する法律で定める場合を除き、一切いたしません。

第1号様式裏面

お分かりになる範囲で、ご記入ください。

児童氏名： _____

出生時体重 g 出生時身長 cm 分娩時状況 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 四種混合 初回 1回目 年 月 <input type="checkbox"/> 三種混合 2回目 年 月 3回目 年 月 追加 年 月				
既 往 歴	生まれつきの病気 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (病名)		ポリオ 1回目 年 月 <input type="checkbox"/> 不活化 2回目 年 月 <input type="checkbox"/> 経口 3回目 年 月 4回目 年 月			
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 (歳頃)		<input type="checkbox"/> BCG 年 月			
	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか)		<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 (MR) 1回目 年 月 2回目 年 月			
	<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 I期 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月 II期 年 月			
	<input type="checkbox"/> 風疹 (三日はしか)		ロタウイルス 1回目 年 月 <input type="checkbox"/> ロタテック 2回目 年 月 <input type="checkbox"/> ロタリックス 3回目 年 月			
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		<input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月			
	<input type="checkbox"/> 百日咳		<input type="checkbox"/> A型肝炎 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月			
	<input type="checkbox"/> 細気管支炎		<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月			
	喘息	治療	薬	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 発作時	追加 年 月
			吸入	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 発作時	
	<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎		治療		<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬	
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		治療		<input type="checkbox"/> 川崎病 心臓合併症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病)		<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> キャリア <input type="checkbox"/> キャリアでない			
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎		<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎			
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん		回数 回 初回 歳 月 体温 ℃ 最後 歳 月			
	<input type="checkbox"/> 発達の遅れ (具体的にご記入ください)		<input type="checkbox"/> A型肝炎 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月			
<input type="checkbox"/> その他 (病名)		<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) 1回目 年 月 2回目 年 月				
<input type="checkbox"/> 入院 (病名)		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ 1回目 年 月 2回目 年 月				
予 防 接 種	<input type="checkbox"/> ヒブ		初回	1回目	年 月	
				2回目	年 月	
				3回目	年 月	
		追加		年 月	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (接種年齢に○) 0歳/1歳/2歳/3歳/4歳/5歳/6歳/7歳/8歳 その他 (ワクチン名)	
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌		初回	1回目	年 月		
			2回目	年 月	年 月	
			3回目	年 月	年 月	
		追加		年 月	年 月	
保育への要望など						

第2号様式

登録番号

病児対応型・病後児対応型事業利用登録事項変更届

年 月 日

事業実施者 様

登録者住所
氏名

病児対応型・病後児対応型事業利用登録事項に次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

(ふりがな) 児童氏名	
住所	電話 ()
所属 保育園・幼稚園・小学校・その他 ()	
かかりつけ医院	
家族の状況	
父 氏名 ()才	勤務先 電話
母 氏名 ()才	勤務先 電話
兄弟姉妹 氏名 ()才	氏名 ()才
氏名 ()才	氏名 ()才

変更事項に○印をつけてください。

お子さんの健康面などで追加しておきたい情報がありましたら、何でも書いてください。

※ご登録いただいた個人情報は、事業の実施の範囲内で利用いたします。個人情報の収集目的を越えた利用及び提供は、個人情報の保護に関する法律で定める場合を除き、一切いたしません。

登録番号	—	—
症例区分 (実施者が記入)		

病児対応型・病後児対応型事業利用申込書

年 月 日

事業実施者 様

住 所 _____
利用者氏名

次のとおり病児対応型・病後児対応型事業を利用したいので申し込みます。

(ふりがな) 児童氏名	年 月 日生 (歳 か月)	男・女
利用を希望する時間	午前・後 時 分から	午前・後 時 分まで
利用日の緊急連絡先	父・母・その他 () 連絡先の名称 電話番号	
お迎えにくる方	氏名 お子さんとの続柄	
利用を希望する理由 ※該当する欄をご記入ください。	就労 父 勤務先名称: 住所: 母 勤務先名称: 住所:	
	職業訓練 訓練先: 電話:	
	傷病 診断名: 病・医院名:	
	出産 出産日又は予定日: 年 月 日	
	看護及び介護 看護・介護の相手: 場所: その他 (事故・冠婚葬祭 等)	
生活保護世帯の確認	生活保護世帯に該当 する ・ しない *該当する場合は生活保護証明書を持参してください。	

薬 の 依 頼 書

下記のとおり医師により処方された薬を服用・塗布していますので、保育中についても与薬してください。

処方した病院名
処方日 (薬をもらった日)
病 名
・薬の名前と種類 *形状: 粉薬=粉 水薬=水 錠剤=錠 塗り薬=塗 薬の名前 形状 薬 の 内 容
①[] () 抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
②[] () 抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
③[] () 抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
④[] () 抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
・服用・塗布する時間
①の薬の服用・塗布の時間 食前・食後・食間・その他 ()
②の薬の服用・塗布の時間 食前・食後・食間・その他 ()
③の薬の服用・塗布の時間 食前・食後・食間・その他 ()
④の薬の服用・塗布の時間 食前・食後・食間・その他 ()
与薬方法:
<input type="checkbox"/> 水に溶かして飲む <input type="checkbox"/> 口に直接入れて飲む <input type="checkbox"/> ゼリー等に混ぜて飲む (ゼリー持参)
与薬時の様子: <input type="checkbox"/> 嫌がらずに飲む <input type="checkbox"/> 飲むのを嫌がる

*薬には、氏名を記入してお持ちください。

*市販薬のお預りはしませんのでご了承ください。

*医師・薬剤師による薬剤情報提供書があればコピーを添付してください。

※ご登録いただいた個人情報は、事業の実施の範囲内で利用いたします。個人情報の収集目的を越えた利用及び提供は、個人情報の保護に関する法律で定める場合を除き、一切いたしません。

第3号様式裏面

家庭からの連絡表

年 月 日 児童氏名 歳 ヶ月 kg
 前日 10時 12 14 16 18 20 22 0 2 4 6 8 10 12

体温													
睡眠													
食事 おやつ													
水分 ミルク													
尿													
便 (形状記入)													
くすり 吸入													
お子さん の様子													

1. お子さまの状況について

具合が悪くなった日	月 日頃
医師の診断を受けた日	月 日
診断された病名	
処方された薬を服用しているか	はい ・ いいえ
服用している薬の種類	抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め
	吐き気止め・その他 (

★保育中に上記の処方薬の服用を希望される場合は、表面の薬の依頼書に必ずご記入ください。

2. お子さまの様子について

鼻水	多い 少ない ない	睡眠	良眠 不眠
咳	多い 少ない ない	食事	夕食： 普通食・軟食
喘鳴	多い 少ない ない		量： 普通 ・少量
嘔吐	夜 無：有 (回)		朝食： 普通食・軟食
	翌朝 無：有 (回)	量： 普通 ・少量	
尿	多い 普通 少ない	機嫌	良好 倦怠 興奮
水分量	夕： 普通 ・少量	安静度	寝かせていた
	翌朝： 普通 ・少量		起きて遊んでいた

3. その他気になることや要望などがありましたらご記入ください。

[]

第4号様式

※下の太枠内は保護者が記入すること。

患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生(歳)
患者住所			
電話番号	保護者氏名		

船橋市の病児対応型・病後児対応型事業を利用するためにはこの医師連絡票が必要ですが、この医師連絡票をとったことで必ず希望する日にお子様を預けられるというものではありません。
予約がとれるかどうかにつきましては、事前に施設にご確認ください。

医療機関記入

医師連絡票

船橋市長 あて

医療機関	所在地
	名称
	電話
	F A X
担当医師	氏名 印

船橋市病児対応型・病後児対応型事業の利用について、次の通り連絡します。

病名				
症状				
集団生活をするにあたっての注意点等				
治療経過及び現在の投薬処方				
病状(番号に○)	1 回復期前	2 回復期	入院していた場合	年 月 日 ~ 年 月 日
令和 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。				
安静度(番号に○)	1 ベッド上で安静	2 観察室又は安静室で隔離		
	3 室内で安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)	4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
食事(昼食)(該当に○)	ミルク 牛乳のみ 離乳食(前期・中期・後期)	幼児食	普通食	下痢食
	アレルギー食(除去内容)・その他()		

* この文書は保険診療(診療情報提供料 I)の扱いとなります。
ただし、患者1人につき月1回の適用となります。

病児対応型・病後児対応型事業について

1. 事業の内容

保育園や幼稚園などに通園しているお子さまが、病気等により集団での保育が出来ない場合に、医療機関の協力体制の整った施設において、病気中や回復期にあるお子さまを一時的にお預かりする事業です。

通常の保育園で行う集団保育とは異なり、看護師や、お子さまおおむね3人につき、保育士が1人以上配置された安静室のある施設において、少人数での保育を行うものです。

2. 実施施設

<医療機関併設の病児対応型・病後児対応型事業実施施設>

- 船橋青い空こどもクリニック併設「わたぐもの部屋」
船橋市米ヶ崎町651-1 ☎047-407-0552
- 佐野医院2階「オー・キッズ」
船橋市本町3-3-7 ☎080-3416-0122
- 愛育レディースクリニック併設「アトム」
船橋市習志野5-10-30 ☎080-2151-1103
- コミュニティクリニックみさき併設「病児保育室わかば」
船橋市三咲3-1-15 ☎047-448-4008

<保育所併設の病児対応型・病後児対応型事業実施施設>

- さくら保育園併設「アイリスルーム」
船橋市二子町474 ☎047-302-8303

3. 医療機関のみなさまへ

平素より、本市の保育行政にご理解・ご協力いただきありがとうございます。

この医師連絡票につきましては、病児対応型・病後児対応型事業の実施施設および関係機関と協議のうえ作成したものであります。

病気のお子さまをお預かりするという事業の性質から、ご記載いただきました医師連絡票を参考に上記施設でお子さまの保育を行うため、記載内容が細かくなりますことをご了承ください。また、お子さまの診察日が記入日となるようお取り扱いくださいますようお願いいたします。

なお、一時預かり中に容体の急変等、緊急の場合には、実施施設の医師や施設の指導医または協力医療機関の医師が診察を行うことがございます。

事業の趣旨をご理解頂き、今後も本市の保育行政にご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、連絡票の取り扱いは、原則として診療情報提供料（I）となります。

第5号様式

病児対応型・病後児対応型事業実績報告書

年 月 日

船橋市長

あて

所在地

実施施設名

実施者

印

年度病児対応型・病後児対応型事業について下記のとおり報告します。

記

1. 報告月 年 月
2. 実施日数 日
3. 登録件数 件
4. 利用状況 人数 人 (内半日利用 人)
5. 添付資料

第6号様式

体調不良児対応型事業実施承認申請書

年 月 日

船橋市長

あて

所在地

法人名

代表者名

印

船橋市病児保育事業実施要綱に規定する体調不良児対応型事業を実施したいので、同要綱第20条第1項の規定に基づき、体調不良児対応型事業の実施の承認を申請します。

記

実施保育所名	
所在地	船橋市
実施時期	年 月 日から
実施場所	別添図面のとおり
備考	

第 年 月 日 号

体調不良児対応型事業実施承認・不承認通知書

所在地
法人名
代表者名 _____ 様

船橋市長 印

年 月 日付けにて申請のありました体調不良児対応型事業の実施について、(承認 ・ 不承認) しますので通知します。

記

実施保育所名	
所在地	船橋市
実施時期	年 月 日から
不承認の場合 その理由	
備考	

第 8 号様式

体調不良児対応型事業廃止届

年 月 日

船橋市長

あて

所在地

法人名

代表者名

印

年 月 日付け第 号で承認を受け実施する体調不良児対応型事業について、下記のとおり廃止したいので、船橋市病児保育事業実施要綱第 20 条第 3 項の規定により届け出いたします。

記

実施保育所名	
所在地	船橋市
事業廃止時期	年 月 日
廃止の理由	

病児対応型事業(送迎対応)実施状況報告書

利用月	年	月分
-----	---	----

	日付	児童氏名		送迎区間	送迎に要した経費	病児保育の利用
			年齢			
1				～ ～ ～		
2				～ ～ ～		
3				～ ～ ～		
4				～ ～ ～		
5				～ ～ ～		
6				～ ～ ～		
7				～ ～ ～		
8				～ ～ ～		
9				～ ～ ～		
10				～ ～ ～		
11				～ ～ ～		
12				～ ～ ～		
13				～ ～ ～		
14				～ ～ ～		
15				～ ～ ～		
16				～ ～ ～		
17				～ ～ ～		
18				～ ～ ～		
19				～ ～ ～		
20				～ ～ ～		
21				～ ～ ～		
22				～ ～ ～		
23				～ ～ ～		
24				～ ～ ～		
25				～ ～ ～		
26				～ ～ ～		
27				～ ～ ～		
28				～ ～ ～		
29				～ ～ ～		
30				～ ～ ～		