知多市告示第２１号

知多市病児・病後児保育事業実施要綱（平成２７年知多市告示第５４号）の一部を次のように改正する。

令和６年３月２６日

知多市長　宮　島　壽　男

第１号様式中、

「

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① | ふりがな | | 登録番号 | ―　― |
| | 児童名 | | 性別 | 男　・　女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | 年齢 | 歳　か月 |
| ② | ふりがな | | 登録番号 | ―　― |
| | 児童名 | | 性別 | 男　・　女 |
| | 生年月日 | 年　月　日 | 年齢 | 歳　か月 |

を

」

「

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① | ふりがな | | 登録番号 | ―　― |
| | 児童名 | | | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | 年齢 | 歳　か月 |
| ② | ふりがな | | 登録番号 | ―　― |
| | 児童名 | | | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | 年齢 | 歳　か月 |

に

」

改める。

第３号様式及び第４号様式を次のように改める。

第３号様式（第１１条関係）

# 知多市病児・病後児保育事業診療情報提供書

（医療機関記入日時）　　年　　月　　日
午前　・　午後　　時　　分

知多市長　様

（記入医療機関）
名　　称
所　在　地
電 話 番 号
医 師 氏 名
（医師氏名欄については、自署又は記名押印のみ有効とする。）

病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり状況についてお知らせします。
なお、記入した個人情報を知多市及び実施施設で共有することを承諾します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 保護者記入欄 | ふりがな<br>児童氏名 | | | |
| | 児童生年月日 | 年　　月　　日 生（　　歳　　か月） | | |
| | 児童住所 | | | |
| | 保護者氏名 | | 電話番号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 医療機関記入欄 | 傷　病　名 | |
| | 病名不明時 | |
| | 隔離の必要性 | |
| | 安　静　度 | |
| | 処 方 内 容 | |
| | 病児・病後児保育を必要とする期間 | |
| | 再診予定の有無 | |
| | 医 師 所 見 | |

第４号様式（第１１条関係）

| 登録番号 | ―　　― |
|---|---|

知多市病児・病後児保育事業利用申請書

年　　月　　日

知多市長　様

保護者　住　所

氏　名

次のとおり、保護者の都合（　１　仕事　２　傷病　３　事故　４　出産　５　介護・看護　６　冠婚葬祭　７　その他（　　）のため、知多市病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。

事業実施者が必要と認めるときは、申込み時及び保育事業中に診療を受けることを承諾します。なお、利用に当たっては、実施施設の指示に従い、事業実施者において児童の状態が変化して保育事業が困難と認めるとき又は利用を不適当と認めるときは、利用を直ちに中止し、速やかに迎えに行くことに同意します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>児童氏名 | | | |
| 児童生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳　　か月） | | |
| 児童住所 | | | |
| ふりがな<br>保護者氏名 | | 緊急連絡先 | （　　） |
| | | 緊急連絡先 | （　　） |
| 利用日 | 年　　月　　日 | | |
| 利用時刻 | (開始予定時刻)　　時　　分　～(終了予定時刻)　　時　　分 | | |
| お迎えの方 | ふりがな<br>氏名 | | |
| 今回の病気の状況について | | | |
| 施設による昼食・おやつの提供について | | | |
| 明日・明後日以降の利用予定 | | | |
| 食事の状況 | | | |
| 排泄の様子 | | | |
| その他 | | | |

附　則

この要綱は、令和６年４月１日から施行する。