

※登録番号

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者（保護者） 住 所
氏 名
電話番号

あきる野市乳幼児一般型一時預かり事業利用登録申請書

あきる野市乳幼児一般型一時預かり事業の利用の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

乳 幼 児	ふりがな 氏 名			愛 称		性 別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日（ 歳 か月）					
緊 急 連 絡 先 1	氏 名			乳幼児との関係			
	名称（勤務先等）			電話番号			
緊 急 連 絡 先 2	氏 名			乳幼児との関係			
	名称（勤務先等）			電話番号			
緊 急 連 絡 先 3	氏 名			乳幼児との関係			
	名称（勤務先等）			電話番号			
保 育 園、 幼 稚 園、等	名 称			電 話 番 号			
掛 かり 付 け 医 療 機 関	名 称			電 話 番 号			
乳 幼 児 の 状 況	アレルギー	☐ 無 ☐ 有		品目、症状等			
	そ の 他	体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること					

(注)

- 1 該当する□にレ印を付けてください。
- 2 ※印欄は、記入しないでください。

様式第2号（第7条関係）

あきる野市乳幼児一般型一時預かり事業利用申請書

あきる野市長 殿										年 月 日	
申請者（保護者） 住所 氏名											
あきる野市乳幼児一般型一時預かり事業を利用したいので、次のとおり申請します。											
利 用 す る 理 由											
乳 幼 児 1	ふ り が な 氏 名						性 別		男・女		
	年 齢		歳 か月		登 録 番 号						
	ア レ ル ギ ー		☐ 無 ☐ 有		品目、症状等						
	そ の 他		体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること								
乳 幼 児 2	ふ り が な 氏 名						性 別		男・女		
	年 齢		歳 か月		登 録 番 号						
	ア レ ル ギ ー		☐ 無 ☐ 有		品目、症状等						
	そ の 他		体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること								
乳 幼 児 を 送 迎 す る 者			氏 名				乳幼児との関係				
			電 話 番 号								
緊 急 連 絡 先 1			氏 名				乳幼児との関係				
			名 称（勤務先等）				電 話 番 号				
緊 急 連 絡 先 2			氏 名				乳幼児との関係				
			名 称（勤務先等）				電 話 番 号				
利 用 日 時 及 び 食 事	1	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分						☐ 昼食 ☐ おやつ			
	2	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分						☐ 昼食 ☐ おやつ			
	3	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分						☐ 昼食 ☐ おやつ			
備 考											

(注) 該当する□にレ印を付けてください。

様式第3号（第8条関係）

あきる野市乳幼児一般型一時預かり事業利用決定通知書

年 月 日									
申請者（保護者） 住所 氏名 様									
あきる野市長 印									
あきる野市乳幼児一般型一時預かり事業について、次のとおり決定したので通知します。									
利用する理由									
乳幼児1	ふりがな氏名					性別	男・女		
	年齢	歳 か月	登録番号						
	アレルギー	☐ 無 ☐ 有		品目、症状等					
	その他	体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること							
乳幼児2	ふりがな氏名					性別	男・女		
	年齢	歳 か月	登録番号						
	アレルギー	☐ 無 ☐ 有		品目、症状等					
	その他	体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること							
乳幼児を送迎する者		氏名				乳幼児との関係			
		電話番号							
緊急連絡先1		氏名				乳幼児との関係			
		名称（勤務先等）				電話番号			
緊急連絡先2		氏名				乳幼児との関係			
		名称（勤務先等）				電話番号			
利用日時及び食事	1	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分					☐ 昼食 ☐ おやつ		
	2	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分					☐ 昼食 ☐ おやつ		
	3	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分					☐ 昼食 ☐ おやつ		
備考									
費用負担		円							

4.通院の状況

医療機関名	診療科	医師名	連絡先
			- -
			- -
			- -

5.療育の状況

療育機関名	内容	担当者名	連絡先
			- -
			- -
			- -

6.在宅サービス等の利用状況

サービス名	事業所名	連絡先
		- -
		- -
		- -
関係する部署等:		

7.手帳等の状況

- ☐ 身体障害者手帳 _____ 級
☐ 愛の手帳 _____ 度
☐ 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級
☐ 特別児童扶養手当

※一時預かり施設での医療的ケア、保育の実施に必要な対象児童及びその家族の情報について、関係機関・関係部署で共有することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

主治医意見書兼医療的ケア指示書

あきる野市長 宛

令和 年 月 日

医療機関名
医 師 名
所 在 地
連 絡 先

医療的ケアを必要とする児童の一時預かり施設の利用及び医療的ケアの実施について、以下のとおり指示します。

フリガナ		性 別	生 年 月 日	
児童氏名		男 ・ 女	年 月 日	歳 か月
診断名				
主症状				
既往歴				
	痙攣の既往	なし ・ あり	最後の発作:	年 月 日 発作時の対応:
現在までの 治療の内容・ 期間・経過等				
服薬状況				
今後の方針				
集団保育の可否	可 ・ 否	左記の理由		

※集団保育が可能な場合は、次ページ以降もご記入ください。

1. 医療的ケアについて

必要な医療的ケア
☐ 吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内) ☐ 経管栄養(経鼻経管栄養・胃ろう) ☐ 導尿
具体的な指示内容(ケアの方法・時間・回数等)

2. 緊急時の対応について

緊急対応	予想される緊急時の状況	対応方法・救急搬送の目安等
	栄養チューブ、気管カニューレ等が保育中に抜けた場合等	
		主治医連絡先: ☎ (内線:)

3. 保育等について

保育施設での生活上の注意事項	室外保育	可 ・ 否 可の場合：実施上の注意事項、否の場合：理由
	夏季の水遊び等	可 ・ 否 可の場合：実施上の注意事項
	その他	
日常生活上の注意事項	食事	
	排泄	
	移動	
	その他	
その他 特記事項等		

医療的ケアを必要とする児童の一時預かりに関する同意書

一時預かり施設等における医療的ケア実施の申込みに当たり、次の確認事項をご理解いただいた上で、各項目の確認欄にチェックし、ご署名をお願いいたします。

	確 認 事 項	確 認 欄
1	「あきる野市乳幼児一時預かり事業(一般型)における医療的ケア児受入れマニュアル」について、理解しました。また、「第4章 保護者との確認事項」の内容を理解し、全て了承します。	☐
2	やむを得ない事情により医療行為を行う看護師等が勤務できない場合や医療的ケア実施にあたり体制がとれない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。	☐
3	施設内で感染症が一定数以上発症した場合の利用の判断は、保護者の責任で行います。また、一時預かり施設の判断で利用を控える場合があることを了承します。	☐
4	一時預かり施設が必要と認める場合、保護者の費用負担で主治医等を受診することを了承します。	☐
5	児童の症状に急変が生じ、緊急対応が必要と一時預かり施設が判断した場合は、保護者等へ連絡する前に救急車を要請し、受診または、治療が行われることがあります。 なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担になることを了承します。	☐
6	経管栄養が必要な場合は、災害対策として、1日分の薬と食事(栄養剤)を一時預かり時に持参します。	☐
7	栄養チューブ、気管カニューレ等が保育中に抜けた場合等の対応については、一時預かり施設が定める「あきる野市乳幼児一時預かり事業(一般型)における医療的ケア児受入れマニュアル」のとおり承します。	☐
8	児童の病態の変化等があった場合は速やかに一時預かり施設へ相談します。また、市が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要となった場合は、原則として利用不可となることを了承します。	☐
9	一時預かり施設の人員、施設又は設備の状況により、利用不可となる場合があることについても了承します。	☐
10	医療的ケアが必要な児童の状況について、一時預かり保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童の保護者との間で必要最低限の情報を共有する場合があることを了承します。	☐
11	1～10のほか、一時預かり施設との間で取り決めた事項を順守します。	☐

あきる野市長 宛

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育に関する内容を確認し、同意しました。

令和 年 月 日

保護者署名

こころの一時預かり連絡票

年 月 日

お子さんの名前 生年月日 年齢 歳 カ月

お迎え予定時刻 利用区分(○して下さい)	時 分 10-12 12-14 14-16	お迎えに来る方(○して下さい) 父・母・祖父・祖母他 ()
当日の緊急連絡先①	-	(関係 : 氏名)
当日の緊急連絡先②	-	(関係 : 氏名)

食物アレルギーについて

・食物アレルギー

- ☐ 有 ()
☐ 無

熱性けいれん既往歴について

・熱性けいれん発症

- ☐ 有 最終発症 (歳 か月)
発症回数 (回)
☐ 無

体温	朝 . °C (平熱 . °C)
食事	朝 時 分 いつも通り・少ない () 昼 時 分頃
授乳	時 分 CC 次に飲む時間 時 分 CC (時間おき) 
睡眠	時 分 ~ 時 分 眠れた・時々起きた(いつも通り・いつもと違う)・眠れない
排便	日 時 分 (普通・軟便・下痢)・無
薬	飲んでいる () 飲んでいない
機嫌	良い・普通・ななめ
1カ月以内の 病気・怪我	有 (月 日) 無
1週間以内の 病気・怪我	有 (日) 無

備考：(最近のお気に入りの遊びなど…)



[更新もしくは前回利用時以降で変更がある場合、ご記入ください]

離乳食回数： 1回食 (時頃) 2回食 (時頃 時頃) 3回食 (時頃 時頃 時頃)
食べて大丈夫になった食材 (○をつけてください)
大豆・小麦・卵・乳製品

[こころの一時預かり利用時のお子さんの様子]

食事・ミルク： 睡眠：
おやつ・ミルク： 排便： (普通・軟便・下痢・無 ())