

八王子市病児保育事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）第6条の3第13項に定める病児保育事業（以下「事業」という。）の実施にあたり、八王子市児童福祉法施行細則（平成27年八王子市規則第40号）、その他法令の定めるもののほか、必要な事項を定め、保護者の子育て及び就労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。

(事業内容)

第2条 この事業は、次に掲げるものとする。

(1) 病児対応型

児童が病気の「回復期に至らない場合」であり、かつ、当面の症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、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で一時的に保育する事業

(2) 病後児対応型

児童が病気の「回復期」であり、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で一時的に保育する事業

(実施機関)

第3条 この事業の実施機関は児童に対して適切な処置を確保できる事業者とする。

(設置の届出)

第4条 事業者は、事業の開始の日から一月以内に事業の実施計画を添えて病児保育事業設置届（第1号様式）を八王子市長（以下「市長」という。）に届け出なければならない。

2 事業者は、前項の規定により届け出た事項に変更が生じたときは、変更の日から一月以内に事業の実施計画を添えて病児保育事業内容変更届（第2号様式）を市長に届け出なければならない。

3 事業者は、事業を廃止し、又は休止しようとするときは、変更の日から一月以内に、病児保育事業廃止（休止）届（第3号様式）により、その旨を市長に届け出なければならない。

(報告の徴収等)

第5条 市長は、法第34条の18の2第1項に基づき、児童の福祉に必要があると認められるときは、事業者に対して、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、関係者に質問させ、若しくはその事業を行う場所に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。立入検査は原則として、別に定める基準により行う。

2 前項の規定による質問又は立入検査を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第1項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

4 市長は、事業者が法若しくはこれに基づく命令若しくはこれらに基づいてする処分に違反したとき、又はその事業に関し不当に営利を図り、若しくはその事業に係る児童の処遇につき不当な行為をしたときは、その者に対し、その事業の制限又は停止を命ずることができる。

(対象児童)

第6条 この事業の対象となる児童（以下「対象児童」という。）は、次のとおりとする。

(1) 病児対応型

当面症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていないことから、集団保育が困難であり、かつ、保護者が勤務等の都合により家庭で保育を行うことが困難な児童であって、市長が必要と認めた概ね小学校3年生までの児童（以下「病児」という。）

(2) 病後児対応型

病気の回復期であり、かつ、集団保育が困難で、かつ、保護者の勤務等の都合により家庭で保育を行うことが困難な児童であって、市長が必要と認めた概ね小学校3年生までの児童（以下「病後児」という。）

(開設日等)

第7条 事業の実施日及び実施時間は月曜日から土曜日（祝日・休日（国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)第2条及び第3条に定める日をいう。）及び年末年始（12月29日から翌年1月3日までをいう。）を除く。）まで、事業の実施時間は午前9時から午後5時まで（以下「基準時間」という。）を基本とし、事業者が提出する実施計画に基づき市と事業者が協議の上で定める。

2 前項の規定にかかわらず、基準時間外においても児童に対して適切な処置を確保できる事業者は、午前8時から午前9時までと午後5時から午後6時までの1時間ずつについても、事業を実施することができる。

(利用登録)

第8条 対象児童の保護者（以下「保護者」という。）は、あらかじめ病児保育事業利用登録申込書兼同意書（第4号様式）を市長に提出し、登録を受けなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、市長は、やむを得ない事由があると認めたときは、口頭による登録の申込を受け付けることができる。この場合において、保護者は当該事由がやんだ後、速やかに前項の規定による登録を受けなければならない。

3 市長は、前二項に規定する登録の申込を受けたときは、その内容を審査し、事業者には通知するとともに、保護者に対し病児保育事業利用登録カード（第5号様式）を発行するものとする。

4 登録カードの発行を受けた者は、申請内容に変更が生じたときは、速やかに病児保育事業利用登録変更届（第6号様式）を市長に提出しなければならない。

5 市長は前項の規定により登録した児童が対象児童の要件に該当しないと判断した場合には、その児童の登録を削除することができる。なお、本規定は削除した児童の再度登録を行うことを妨げるものではない。

(利用方法)

第9条 事業の利用は、八王子市及び別に本市と広域利用の協定を締結する区市町村の住民基本台帳に登録される児童（以下「優先児童」という。）を優先する。

2 保護者は、利用しようとする日（以下「利用日」という。）の前営業日までに事業者を利用の申込をしなければならない。ただし、事業者特に支障がないと認められるときは、利用日に利用の申込をすることができる。

3 前項の場合において、優先児童以外の児童の保護者は、利用日の前営業日の午後3時以降に申込を行うものとする。

4 前二項による申込をした保護者は、利用日に病児保育事業利用申込書（第7号様式）、主治医等によ

り対象児童が病中又は病気の回復期である旨を証明した診療情報提供書・病児病後児保育連絡票（第8号様式）及び家庭との連絡票（第9号様式）を持参しなければならない。なお、診療情報提供書・病児病後児保育連絡票（第8号様式）については、病院又は診療所に併設する施設において事業者が不要と判断した場合には、この限りではない。

5 前項のほか、病児・病後児保育室児童票（第10号様式）を毎年度病児・病後児保育室毎の初回利用時に持参する。

6 利用できる期間は、集団保育が困難であり、かつ、保護者が家庭で育児ができない期間の範囲内とし、原則として1日単位とするが、優先児童に限り7日間まで連続して利用することができる。ただし、児童の健康状態について、医師の判断及び保護者の状況により必要と認められる場合には、7日間を超えて病児保育の提供を受けることができる。

（利用制限）

第10条 事業者は、対象児童又は保護者が次の各号のいずれかに該当するときは、利用を取り消し、若しくは拒否することができる。

- （1）対象児童が現に伝染性の疾患を有し、他の児童が感染するおそれがあるとき。
- （2）登録児童の症状が重く、入院治療の必要があるとき。
- （3）利用目的に反する行為があったとき。
- （4）事業者の指示に従わないとき。
- （5）前各号に掲げるもののほか、事業を利用することが不相当であると認められるとき。

（費用負担）

第11条 保護者は、事業について負担すべき額として、1日（基準時間）1人当たり2,500円を事業者を支払わなければならない。

2 前項の費用のほかに事業に必要な費用がある場合は、事業者と協議して定めた額を保護者は事業者を支払わなければならない。

3 保護者は前二項の費用に加え、基準時間を超えて利用する場合、事業者の定める額を延長保育料として事業者を支払わなければならない。

（委任）

第12条 この要綱の施行について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成13年4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17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 18 年 2 月 1 日から施行し、第 11 条の規定は、平成 17 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

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 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 4 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 27 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 28 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、平成 29 年 9 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、決定の日から施行し、平成 31 年（2019 年）4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和 2 年（2020 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年（2021年）4月1日から施行する。

第1号様式

病児保育事業設置届

年 月 日

八王子市長 殿

(法人又は団体にあつては所在地)

設置者 住 所 _____

(法人又は団体名及び代表者氏名)

氏 名 _____

印

八王子市病児保育事業実施要綱第4条の規定により届け出ます。

- 1 事業の種類
- 2 事業の内容
- 3 職員の定数及び職務内容
- 4 主な職員の氏名及び経歴
- 5 事業を行おうとする区域
- 6 施設の名称、種類及び利用定員
- 7 施設の所在地
- 8 建物その他設備の規模及び構造並びにその図面
- 9 事業開始予定年月日

(添付書類)

条例、定款その他の基本約款

備考

- 1 「事業の内容」欄には、実施する病児保育事業の概略を記入のうえ、収支予算書及び事業計画書を添付してください。ただし、インターネットを利用して当該書類の内容を確認できるURLを記載する場合には、書類の添付は必要ありません。
- 2 「事業の区域」欄には、「八王子市」を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

第2号様式

病児保育事業内容変更届

年 月 日

八王子市長 殿

(法人又は団体にあつては所在地)

設置者 住 所 _____

(法人又は団体名及び代表者氏名)

氏 名 _____ (印)

年 月 日付で実施の届出を行った事業について、次のとおり変更したので、八王子市病児保育事業実施要綱第4条第2項の規定により届け出ます。

- 1 施設の名称
- 2 施設の所在地
- 3 変更事項及び変更内容（該当するものに○を付け、具体的内容を下記に記入すること。）
 - (1) 設置者の氏名及び住所
 - (2) 事業の種類及び内容
 - (3) 職員の定数及び職務内容
 - (4) 主な職員の氏名及び経歴
 - (5) 事業を行おうとする区域
 - (6) 施設の名称、種類及び利用定員
 - (7) 施設の所在地
 - (8) 建物その他設備の規模及び構造
 - (9) 条例、定款その他の基本約款

変更前	変更後

4 変更の理由

5 事業変更年月日

備考

- 1 「事業の内容」の変更の場合は、実施する病児保育事業の概略を記入のうえ、収支予算書及び事業計画書を添付してください。ただし、インターネットを利用して当該書類の内容を確認できるURLを記載する場合には、書類の添付は必要ありません。
- 2 「事業の区域」の変更の場合は、「八王子市」を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。
- 3 「建物その他設備の規模及び構造」の変更の場合は、設置図及び平面図を添付してください。
- 4 「条例、定款その他の基本約款」の変更の場合は、書類を添付してください。

第3号様式

病児保育事業廃止（休止）届

年 月 日

八王子市長 殿

(法人又は団体にあつては所在地)

設置者 住 所 _____

(法人又は団体名及び代表者氏名)

氏 名 _____

Ⓜ

年 月 日付で実施の届出を行った事業について、次のとおり廃止（休止）するので、八王子市病児保育事業実施要綱第4条第3項の規定により届け出ます。

1 施設の名称

2 施設の所在地

3 事業廃止（休止）年月日

4 廃止（休止）理由

5 現に便宜を受けている児童に対する措置

6 事業休止予定期間

第4号様式

※登録番号 NO. _____

病児保育事業利用登録申込書 兼 同意書

年 月 日

八王子市長 殿

(〒 _____)

申請者（保護者） 住所

氏名

病児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

また、住民登録の情報を確認すること、この申請書の内容を事業者が利用すること及び市が事業者より利用状況（利用月日・病名等）の報告を受けることに同意します。

(ふりがな) 登録児氏名	(_____)	男・女	生年月日	平成 令和 (○囲み) 年 月 日
連絡先①	(氏名)	(続柄)	携帯 (連絡先電話番号)	自宅
連絡先②	(氏名)	(続柄)	携帯 (連絡先電話番号)	自宅
在籍している 保育園等 の名称				

※登録番号は記入しないでください。

※申請日時点での内容を記載してください。

※申請段階での、施設利用は可能となりますが、利用を確約するものではありません。


【問い合わせ・提出先】(窓口・郵送・FAX)

八王子市子ども家庭部保育幼稚園課

〒192-8501 八王子市元本郷町三丁目24番1号 電話 042-620-7248 FAX 042-621-2711

※八王子駅南口総合事務所子ども窓口でもお預かりできます

(表)

八王子市病児保育事業	
利用登録カード	
お子さんのお名前	
年	月 日生
	
登録番号	—

(裏)

《ご利用方法》

利用希望日の前営業日まで

① 保育室へ電話し、利用希望日の空き状況を確認します。

② 医療機関で受診し「診療情報提供書・病児病後児保育連絡票」を発行していただきます。

③ 保育室へ電話し、②の「診療情報提供書・病児病後児保育連絡票」の内容を伝え、予約します。 ※市外在住の方(町田市民を除く)の予約は前営業日の午後3時以降に受け付けます。 ※症状等を総合的に判断し、お預かりできない場合があります。

利用当日

必要な書類等を持参し、お子さんを保育室に預けます。 ※利用時間を厳守してください。

病児保育事業利用登録変更届

年 月 日

八王子市長 殿

申請者（保護者） 登録番号 _____

住 所

申請者氏名

登録児氏名

生年月日 _____ 年 月 日

病児保育事業の利用登録の内容を次のとおり変更します。

また、住民登録の情報を確認すること、この登録変更届の内容を事業者が使用すること及び市が事業者より利用状況（利用月日・病名等）の報告を受けることに同意します。

変更内容 ※1～4のうち、変更となる事項のみ御記入ください。

1 登録児

氏名

2 保護者

氏名	住所
連絡先電話番号	
携帯	自宅

3 在籍している保育園等の名称

施設名称

4 その他

--

年 月 日

病児保育事業利用申込書

八王子市長 殿

保護者 住所
氏名

次のとおり病児保育事業を利用したいので、診療情報提供書・病児病後児保育連絡票を添付して申し込みます。

なお、投薬方法及び食事に関する留意点等については下記のとおり依頼します。

また、この申込書の記載内容について事業者提供することに同意します。

ふりがな 児童氏名	男	登録番号	
	女	生年月日	年 月 日
普段通っている保育園等の名称			
緊急連絡先	① 氏名	続柄	電話番号
	(連絡先が会社等の場合)	名称	部署
	② 氏名	続柄	電話番号
	(連絡先が会社等の場合)	名称	部署
保育が困難な理由	下記のうち、該当するものに○をしてください。 勤務の都合・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他()		
いつ頃から症状が始まりましたか。今朝までの経緯をご記入ください。			
アレルギー	なし・あり (品目:)		
喘息	なし・あり		
熱性けいれん	なし・あり		
家庭での投薬方法			
食事に関する留意点			
その他、気になることや気をつけてほしいこと等があればご記入ください。(例:寝るときのくせ)			

提出先: 病児・病後児保育室 利用時に提出してください。

診療情報提供書 ・ 病児病後児保育連絡票 (いずれかに○)

医療機関記入日 年 月 日

八王子市長 殿

記入医療機関 所在地
 名 称
 担当医師氏名
 電話番号
 FAX番号

印

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のとおり状況をお知らせします。

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名		性別	男・女
	児童生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)		
	児童住所	八王子市		
	保護者氏名	電話番号		
医療機関記入欄	傷病名 (該当事項に○)	診療情報提供書の有効期限 4日間		
		01 感冒	09 喘息性気管支炎	
		02 咽頭炎	10 中耳炎・外耳炎	
		03 扁桃炎	11 伝染性膿痂疹(とびひ)	
		04 気管支炎	12 突発性発疹	
		05 肺炎	13 手足口病	
		06 溶連菌感染症	14 急性胃腸炎	
		07 ヘルパンギーナ	15 その他()	
		08 喘息		
	診療情報提供書の有効期限 7日間			
	16 インフルエンザ()型	21 咽頭結膜熱(プール熱)		
	17 百日咳	22 RSウイルス感染症		
	18 流行性耳下腺炎(おたふく)	23 流行性角結膜炎(はやり目)		
	19 風疹(三日ばしか)	24 その他()		
	20 水痘(みずぼうそう)			
	主な症状 (該当事項に○)	1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 鼻汁 6. 喘鳴 7. 発疹 8. その他()		
	病状 (該当事項に○)	1. 急性期 2. 回復期		
	隔離の必要 (該当事項に○)	1. 必要 2. 不要		
	安静度 (該当事項に○)	1. ベッド上で安静 2. 室内安静(ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
	食事(昼食) (該当事項に○)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・下痢食・持ち込み食推奨 アレルギー食(除去内容等)		
	処方内容 (該当事項に○)	1. 咳、鼻水用 2. 気管支拡張剤 3. 抗生物質 4. 整腸剤など消化器用薬 5. 鎮痛解熱剤 6. 抗インフルエンザ薬 7. その他() お薬手帳・別紙参照		
	その他 連絡事項			

備考1 八王子市の住民基本台帳に登録された児童について、八王子市に情報提供した場合、診療情報提供料(I)を算定することができる。(250点) 患者1人につき月1回限り算定する。

備考2 診療情報提供書の有効期間は、記入日より原則4日間とする。「16~24」の疾患については7日間有効とする。

備考3 保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入すること。

備考4 処方箋が交付されている場合は、保護者は薬局が発行する薬の説明書またはお薬手帳を添付し利用申請すること。

第9号様式

提出先：病児・病後児保育室
利用時に提出してください。

家庭との連絡票

※太枠内を御記入ください

御利用日： 年 月 日 ()

お子さんのお名前：

年齢 (才 ヲ月)

家庭での様子		病児・病後児保育室での様子	
体温	前夜： ℃ (PM :)	℃ (:)	℃ (:)
	朝： ℃ (AM :)	℃ (:)	℃ (:)
		℃ (:)	℃ (:)
鼻汁	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
咳	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
喘鳴	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
嘔吐	前夜：なし・あり (回)	AM：なし・あり (回)	
	朝：なし・あり (回)	PM：なし・あり (回)	
便	硬・普・軟・泥状・水様 (PM 回、AM 回)	硬・普・軟・泥状・水様 (回)	
尿	多い・普通・少ない	多い・普通・少ない	
水分量	前夜：普通・少量 / 朝：普通・少量	普通・少量	
食事	夕食：いつも通り・少量・食べない (食べたもの：)	屋食	:
	朝食：いつも通り・少量・食べない (食べたもの：)	補食	:
	普段の食欲：よく食べる・普通・小食	その他	ミルクの量： 回 / cc
	ミルクの量：一日 回 / ccずつ		
薬	飲み薬(朝) 内服 / 内服せず	飲み薬	内服 (:) /内服せず
	外用薬 (塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 / 使用せず	外用薬	(塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 (:) /使用せず
	解熱剤 使用 (PM・AM :) /使用せず		
	抗けいれん薬 ダイアアップ・その他 () 使用 (PM・AM :) /使用せず	その他	
睡眠	(: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠	(: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠	
機嫌	よい・わるい・その他 ()	よい・わるい・その他 ()	
安静度	寝かせていた・起きて遊んでいた	寝かせていた・起きて遊んでいた	
子どもの様子			

備考欄

持ち物

書類	利用登録カード 病児保育事業利用申込書※ 診療情報提供書・病児病後児保育連絡票※（医師の印があるもの） 病児・病後児保育室児童票※（今年度に初めてその保育室を利用する場合） 家庭との連絡票※ ※印の書類は、八王子市のホームページから打ち出すことができます。
薬	1回ごとに服用を明示 （シロップも1回分ずつ分けてください） お薬手帳
衣類など	<ul style="list-style-type: none"> ・着替え（上下） ・下着 ・パジャマ 1組（0歳児、学童は不要） ・おしり拭き ・紙おむつ 6～8枚（症状により多めにご用意ください） ・おむつ袋（レジ袋で結構です） ・着替え入れ袋（レジ袋で結構です） ・食事用エプロン 2枚 ・スタイ（必要なお子さんのみ） ・タオル 3枚 ・昼食（給食提供については施設にお問い合わせください） ・補食 ・飲み物（麦茶と白湯はあります） <p>年齢により必要なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ほ乳瓶 ・ミルク <p>施設により必要なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険証 ・医療証 ・母子手帳 <p>※詳しくは施設にご確認ください。</p>

持ち物には、必ず名前を書いておいてくださいね。



年度 病児・病後児保育室児童票

登録番号		年	月	日	記入
------	--	---	---	---	----

	ふりがな	男	生年月日	年	月	日
	氏名	女		歳	ヶ月	
保護者	氏名					
	氏名					
	自宅住所 (〒)					
	電話					
兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)			
保育所名	電話					
主治医名	電話					
乳児期	出産時の異常	なし・あり ()				
	乳幼児健診での異常	なし・あり ()				
予防接種	Hib(ヒブ) (未・1回・2回・3回・4回)	水痘(水ぼうそう) (未・1回・2回)	BCG (未・済)			
	肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・4回)	麻疹・風疹 (未・1回・2回)	日本脳炎 (未・1回・2回・3回)			
	四種混合 (未・1回・2回・3回・4回)	その他()				
	耳下腺炎(おたふくかぜ) (未・1回・2回)	B型肝炎 (未・1回・2回・3回)	ロタ (未・1回・2回・3回)			
感染症歴	麻疹(はしか)	なし・あり (歳 ヶ月)				
	水痘(水ぼうそう)	なし・あり (歳 ヶ月)				
	百日咳	なし・あり (歳 ヶ月)				
	耳下腺炎(おたふくかぜ)	なし・あり (歳 ヶ月)				
	B型肝炎	なし・あり (歳 ヶ月) キャリア (はい・いいえ)				
	その他(具体的に)					
食事	食物アレルギー	なし・あり (品目:)				
	その他 主治医等の指示による 食事制限	なし・あり ※「あり」の方は具体的にお書きください。				

提出先: 病児・病後児保育室 毎年度、各保育室の初回利用時に提出してください。

(裏面につづく)

これまでの病気	熱性けいれん	なし	あり	初回	歳	ヶ月
				最後	歳	ヶ月
				これまでの回数	回	
				現在の抗けいれん薬の使用	なし・あり	
	喘息	なし	あり	薬の服用状況(下記のうち該当するものに○してください) 使用していない・発作の時のみ使用・毎日使用		
	アトピー性皮膚炎	なし	あり	治療法	内服液・食事療法	
	その他の病気	なし	あり	病名 具体的にお書きください。		
	入院したこと	なし	あり	病名	歳	ヶ月
				病名	歳	ヶ月
				病名	歳	ヶ月
病名				歳	ヶ月	
病名				歳	ヶ月	
内服している薬	なし	あり	具体的にお書きください。 喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬			
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。					
施設記入欄						