

砥部町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱

平成 22 年 12 月 21 日

砥部町告示第 150 号

(趣旨)

第 1 条 この告示は、安心して子どもを生み育てることができる環境づくりの推進を目的に、育児の援助を行いたい者として町に登録した者（以下「サポート会員」という。）及び育児の援助を受けたい者として町に登録した者（以下「利用会員」という。）が育児に関し相互に連携して組織的な援助活動（以下「援助活動」という。）を行うことを支援する砥部町ファミリー・サポート・センター（以下「センター」という。）事業の実施について必要な事項を定める。

(名称)

第 2 条 センターの名称は、とべファミリー・サポート・センターとする。

(運営主体等)

第 3 条 センターの運営主体は、砥部町とする。

2 センターの事務局は、砥部町子育て支援課内に置く。

(業務時間)

第 4 条 センターの業務時間は、午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分までとする。

2 前項の規定にかかわらず、町長が特に必要があると認めるときは、業務時間を変更することができる。

(休業日)

第 5 条 センターの休業日は、次のとおりとする。

- (1) 土曜日及び日曜日
- (2) 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
- (3) 1 月 29 日から翌年 1 月 3 日までの日

2 前項の規定にかかわらず、町長が特に必要があると認めるときは、臨時に休業日を定め、又は休業日に業務を行うことができる。

(業務)

第 6 条 センターは、次の各号に掲げる業務を行う。

- (1) サポート会員及び利用会員（以下「会員」という。）の募集、登録その他会員組織に関すること。
- (2) 援助活動の調整に関すること。
- (3) 援助活動に係る講習及び指導に関すること。
- (4) 会員の交流に関すること。
- (5) 前各号に掲げるもののほか、センターの目的達成に必要なこと。

(アドバイザー)

第 7 条 前条に規定するセンターの業務を処理するため、センターにアドバイザーを置く。

(会員登録)

第8条 サポート会員として町に登録できる者は、次の各号に掲げる全ての要件を備える者とする。

(1) 町内に居住し、心身ともに健康で、援助活動に理解と意欲のある20歳以上の者

(2) 登録に際して、センターの実施する講習会を受講できる者。ただし、同等の知識を有していると町長が認めたときは、この限りでない。

2 利用会員として町に登録できる者は、次の各号に掲げる者とする。

(1) 原則として、小学校6年生までの子ども（以下「子ども」という。）を養育している者、及びその同居家族で本町に住所を有する者又は勤務する者

(2) 子どもが町内の保育所、幼稚園、小学校及び放課後児童クラブ（以下「保育施設等」という。）のいずれかに通っている者

(3) その他町長が特に必要と認めた者

3 会員は、相互に兼ねることができる。

4 会員登録を受けようとする者は、会員登録申込書（サポート会員にあっては様式第1号の1、利用会員にあっては様式第1号の2）を町長に提出しなければならない。

5 町長は、会員として登録することを決定したときは、会員証（様式第2号）を交付するものとする。

(会員証の再交付)

第9条 会員は、会員証を汚損し、若しくは破損し、又は紛失したときは、速やかに会員証再交付申請書（様式第3号）を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

2 前項の場合において、汚損又は破損により会員証の再交付を受けるときは、当該会員証を添付しなければならない。

(会員登録の取消し)

第10条 会員は、会員登録を取り消すときは、会員登録取消届（様式第4号）に会員証を添えて町長に提出しなければならない。

2 町長は、会員が次の各号のいずれかに該当するときは、会員登録を取り消し、及び会員証の返還を命ずることができる。

(1) 第8条の要件を満たさなくなったとき。

(2) この告示の規定に違反したとき。

(3) 会員としての適格性を欠くと認められるとき。

(援助活動の内容)

第11条 援助活動は、次の各号に掲げるものとする。

(1) 保育施設等へ子どもの送迎を行うこと。

(2) 保育施設等の始業前、又は終業後に子どもを預かること。

(3) 保育施設等の休業日等に子どもを預かること。

(4) 利用会員の疾病時等に子どもを預かること。

(5) 利用会員の一時的な仕事、就職活動その他の用務の際に、子どもを預かること。

(6) 利用会員の就労時等に病児・病後児（インフルエンザや嘔吐下痢症などの流行性疾患でないこと。以下同じ。）を預かること。

(7) その他町長が必要と認める援助活動

2 援助活動は、サポート会員の自宅において行うものとする。ただし、会員間の合意がある場合は、この限りでない。

3 援助活動を行うことができる時間は、午前6時から同日の午後10時までとする。

（援助活動の対象者）

第12条 援助活動の対象となる子どもは、生後3月から小学校6年生までとする。ただし、乳児については次のとおりとする。

(1) 病児・病後児の預かり 生後6月から

(2) その他町長が認めた者

（援助活動の実施方法）

第13条 利用会員は、援助を受けようとするときは、センターに援助依頼の申込みをするものとする。

2 センターは、前項に規定する申込みを受理したときは、援助の内容、日時等を詳細に確認し、援助依頼受付簿（様式第5号）に記載の上、当該利用会員にサポート会員を紹介するものとする。

3 前項の規定による紹介を受けた会員は、アドバイザー立会いのもと、申込みに係る内容について十分な協議を行い、両者の合意の上、援助活動事前把握書（様式第6号）を作成し、援助活動の実施を決定するものとする。

4 利用会員は、前項の規定により決定した援助内容以外の援助を求めてはならない。

5 利用会員は、サポート会員が代わりに保育施設等の送迎を行う場合、あらかじめ委任状（様式第7号）をサポート会員に渡すものとする。

6 サポート会員は、援助活動の実施後、援助活動報告書（様式第8号）を作成し、速やかに当該援助活動報告書を町長に提出しなければならない。

7 会員は、前項の報告書の写しを相互に保管しなければならない。

（援助活動の変更）

第14条 会員は、前条第3項に規定する協議後において援助活動を変更する必要がある場合は、直ちにセンターに連絡するものとする。

2 前項の場合においてセンターに連絡する暇がないときは、会員間の協議により変更することができる。ただし、変更内容については、速やかにセンターに報告するものとする。

（病児・病後児の援助活動の実施方法）

第15条 利用会員は、病児・病後児の援助活動の依頼を行う場合は、必ず病院を受診の上、病児・病後児依頼連絡票（様式第9号）を作成してセンターへ連絡し、その承認を受けなければならない。

2 利用会員は、前項の病児・病後児依頼連絡票（様式第9号）及び投薬依頼連絡票（様式第10号）をサポート会員に提出する。

- 3 利用会員は、子どもの再診が必要となったときに備え、子どもの保護者に代わってサポート会員が医療機関を受診させてもよいことを明記した委任状（様式第11号）を作成して、サポート会員に提出する。
- 4 サポート会員は、利用会員から提出された連絡票に従い援助活動を行い、病児・病後児の再診が必要な場合は、前項の委任状を医療機関へ持参して、子どもを受診させる。受診の際、サポート会員は、医師から受診結果を聞き、病院受診結果報告書（様式第12号）を作成し、利用会員へ提出する。
- 5 サポート会員は、病児・病後児の援助活動の実施後、速やかに利用会員から提出された病児・病後児依頼連絡票（様式第9号）及び投薬依頼連絡票（様式第10号）を添えて、病児・病後児援助活動報告書（様式第13号）を町長に提出しなければならない。

（会員の責務）

- 第16条 会員は、援助活動により知り得た会員に関する秘密を漏らしてはならない。第10条の規定により会員資格を取り消された場合も同様とする。

（保険）

- 第17条 会員は、援助活動中の事故に備えて保険に加入するものとする。

- 2 前項の保険の加入に要する費用は、町が負担するものとする。

（事故対応）

- 第18条 会員は、援助活動中に事故又はトラブルが生じたときは、直ちにセンターに報告しなければならない。

（援助活動の報酬等）

- 第19条 利用会員は、援助活動終了後、別表に定める援助活動に係る報酬等に関する基準に従い、報酬及び実費をサポート会員に支払うものとする。

（その他）

- 第20条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この告示は、平成23年5月1日から施行する。ただし、サポート会員及び利用会員の募集及び登録の行為は、この施行日前においても行うことができる。

附 則 （平成26年3月31日告示第39号）

この告示は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 （平成26年5月13日告示第85号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則 （平成29年4月1日告示第67号）

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

附 則 （令和元年10月25日告示第153号）

この告示は、公表の日から施行する。

別表（第 19 条関係）

援助活動に係る報酬等に関する基準

- 1 報酬 利用会員がサポート会員に支払う報酬の基準は、次のとおりとする。

援助対象	援助活動日	援助活動時間帯	報酬額 (子ども 1 人 1 時間当り)
子ども（病児・病後児を除く）	平日（月曜日から金曜日）	午前 7 時～午後 7 時	7 0 0 円
		上記以外の時間（午前 6 時～午前 7 時） （午後 7 時～午後 1 0 時）	8 0 0 円
	土・日・祝日及び 年末年始	午前 7 時～午後 7 時	8 0 0 円
		上記以外の時間（午前 6 時～午前 7 時） （午後 7 時～午後 1 0 時）	9 0 0 円
病児・病後児	援助活動日の区分なし	午前 6 時～午後 1 0 時	9 0 0 円

- (1) 援助活動時間が 1 時間に満たない場合は、1 時間とみなす。
- (2) 援助活動時間が 1 時間を満たさず、かつ、報酬額の異なる時間帯にまたがる場合は、活動時間の長い時間帯の報酬額とする。
- (3) 1 時間を超える援助活動において、その活動時間に 1 時間未満の時間がある場合の当該時間の取り扱いについて、当該時間が 3 0 分以内の場合は、1 時間分の報酬の半額とし、3 0 分を超え 6 0 分未満の場合は 1 時間分の報酬とする。
- (4) 同一世帯に属する 2 人以上の子どもが同時に援助を受ける場合は、2 人目から半額とする。
- (5) 援助活動時間は、次の各号に掲げる時間とする。

ア 送迎の場合は、送迎それぞれにおいてサポート会員が自宅を出発した時刻から、利用会員が指定する者へ子どもを引き渡し、自宅に帰着した時刻までとする。

イ 預かりの場合は、子どもを預かった時刻から利用会員又はその指定する者に子どもを引き渡した時刻までとする。

ウ 連続して送迎及び預かりを行う場合は、連続した時間で算定する。

- 2 取り消し 利用会員が援助活動の依頼を取り消す場合は、次の各号に定める額をサポート会員に支払うものとする。

- (1) 利用予定日の前日午後 5 時以降の取り消し 依頼した時間数の報酬相当額の半額
- (2) 無断取り消し 依頼した時間数の報酬相当額

- 3 実費 利用会員は、援助活動に要した次の各号に掲げる費用をサポート会員に支払うものとする。

- (1) 送迎等に係る交通費は、公共交通機関を利用した場合は、サポート会員と子どもの実費を支払うものとする。ただし、サポート会員の自家用車を使用した場合は、この限りでない。
- (2) 子どもの飲食物、おむつその他援助活動に必要なものをサポート会員が負担した場合は、その実費を支払うものとする。

会員登録申込書(サポート会員用)

写真

砥部町長 様

下記のとおり登録を申し込みます。

年 月 日				会員番号		—				
ふりがな			男・女	生年月日						
氏名	(印)				年 月 日生 (歳)					
住所	〒 —			同居家族	配偶者 有・無 子ども 人 (歳 歳 歳 歳) その他 ()					
連絡先	自宅電話番号			子育ての経験 有・無						
	自宅FAX			ペット:室内犬 室外犬 猫 その他()						
	携帯電話			子育て支援関係の研修受講(有・無)						
	メール			内容()						
緊急連絡先	氏名(申込者との関係)	()								
	TEL	自宅		携帯						
勤務先	1 勤めていない	ふりがな								
	2 勤めている (パート・アルバイトも含む)	会社名 所在地 TEL () — (内線)								
免許・資格	※免許・資格をお持ちの方は○印をつけてください。 看護師 准看護師 保健師 助産師 保育士 幼稚園教諭 学校教諭 社会福祉士 介護福祉士 ヘルパー 運転免許証(種類) その他 ()									
活動について	曜日	常時	日	月	火	水	木	金	土	祝日
	時間帯	(: ~ :)								
	(○印をつけてください。)	(: ~ :)								
		(: ~ :)								
	送迎方法	自動車(軽トラ・軽四・普通車) 自転車 公共交通機関 徒歩 チャイルドシート (有・無) ジュニアシート (有・無)								
内容	送迎 保育所 幼稚園 小学校 放課後児童クラブ 習い事 一時預かり 養育者の病気や看病時 保育施設等の休日時・保育施設等の開始前や終了後 就職活動・一時的な仕事 急な変更時の援助活動 できる できない									
サポート会員としての意気込み・自己PR										

会員登録申込書(利用会員用)



砥部町長 様

下記のとおり登録を申し込みます。

年 月 日			会員番号 -		
ふりがな 氏名	Ⓔ		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	〒 -		同居家族	配偶者 有・無 子ども 人 (歳 歳 歳 歳) その他 ()	
連絡先	自宅電話番号			ペット: 室内犬 室外犬 猫 その他()	
	自宅FAX			援助にあたっての希望(サポート会員の条件など)	
	携帯電話				
	メール				
勤務先	1.勤めていない 2.勤めている (パート・アルバイトも含む)	ふりがな 会社名 所在地 TEL () - (内線)			
緊急連絡先	①氏名(申込者との関係) () TEL				
	②氏名(申込者との関係) () TEL				
利用に際しての希望	回数	ひと月 回程度 ・ 1週間 回程度 ・ 不定期			
	曜日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 祝日 ・ 必要な時			
	時間帯	① : ~ : (時間)			
		② : ~ : (時間) 必要な時			
内容	送迎 保育所 幼稚園 小学校 放課後児童クラブ 習い事 その他() 一時預かり 養育者の病気や看病時 保育施設等の休日時 ・ 保育施設等の開始前や終了後 就職活動 ・ 一時的な仕事 その他の援助活動 ()				
援助に必要な子どもの状況	ふりがな 子どもの名前	生年月日	性別	血液型	小学校・保育施設等名
		年 月 日生			
		年 月 日生			
		年 月 日生			
		年 月 日生			
		年 月 日生			

様式第 1 号(裏)

自宅付近の地図

承 諾 書

- 1 とべファミリー・サポート・センターの規定等について説明を受け、その内容について了承しました。
- 2 援助活動把握書に基づき、援助活動の実施内容を十分に把握したうえで活動を行います。
- 3 援助活動中に事故等が発生した時は、直ちに利用会員及びセンターに報告します。
- 4 援助活動により知り得た会員の家族の情報は、他人に漏らしません。
- 5 活動の報酬については、町が定める報酬基準を遵守します。
- 6 会員証を他人に貸したり、譲渡したりしません。
- 7 会員証を紛失した時又は変更が生じた時は、直ちにセンターに届け出ます。
- 8 会員登録時に提供した個人情報を、センターの業務のために利用することを了承します。

砥部町長 様

住所

氏名

⑨

様式第2号（第8条関係）

（表）

とべファミリー・サポート・センター会員証		写 真
会 員 番 号	No.	
氏 名		
とべファミリー・サポート・センターの会員であることを証明します。		
年 月 日		
代 表 者	砥部町長	印

（裏）

注 意 事 項 1 援助活動中は、会員証を携帯してください。 2 この会員証を紛失したとき又は変更が生じたときは直ちに町へ連絡してください。 3 この会員証を他人に貸したり又は譲渡したりしないでください。 4 会員登録を取り消しするときは、必ず会員証をお返してください。
とべファミリー・サポート・センター（子育て支援課内） TEL・FAX 089-962-1988

様式第 3 号（第 9 条関係）

会員証再交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

届出者 氏名 _____ ㊞

砥部町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱第 9 条の規定により会員証再交付を申請します。

1、氏名 _____

2、住所 砥部町 _____

電話 () —

3、会員番号 No. _____

4、会員区別 サポート会員 ・ 利用会員

5、交付を申請する事由

[]

※ 事務局記入欄

受理番号	No.
再交付年月日	年 月 日

様式第 4 号（第 10 条関係）

とべファミリー・サポート・センター会員登録取消届

年 月 日

砥部町長 様

氏名 _____ 印

砥部町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱第 10 条の規定に基づき届け出ます。

会員番号	
住 所	
電話番号	
退会日	年 月 日

※ 事務局記入欄

会員証返還の有無	☐ 有 ☐ 無
備考	

様式第5号(第13条関係)

援 助 依 頼 受 付 簿

年 月 分

受付 番号	受付年月日	利用会員			援助希望月日、曜日、時間		援助の内容	顔合わせサポート会員		報告書 受付日
		会員番号	氏名(地区名)	子どもの名前	月日(曜日)	時間		会員番号	氏名	
1	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
2	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
3	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
4	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
5	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
6	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
7	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
8	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
9	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
10	・ ・ ・		()		() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				
					() ()	: ~ :				

援 助 活 動 事 前 把 握 書

年 月 日()記入

	氏 名 (子どもから見た続柄)	住 所 ・ 電 話 番 号				
利用会員	() 会員番号(-)	住所: 自宅: () 携帯: ()				
子ども氏名	愛称()	男 女	生年 月日	年 月 日(歳)	血液 型	
小学校・保 育施設等	名 称	住 所 ・ 電 話 番 号				
		電 話 ()				
	クラス:	その他:				
援助活動中の 緊急連絡先	①	電 話 ()				
	②	電 話 ()				
かかりつけ の病院		電 話 ()				
平熱	平熱: °C					
病歴	ひきつけ(有・無)() 喘息(有・無)() その他()					
感染症及び 予防接種歴	今までにかかった感染症(該当する者に○をつけてください) 水痘 麻疹(はしか) 風疹 おたふくかぜ 予防接種歴(接種したものに○をつけてください) BCG(結核) ポリオ 三種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風) MRワクチン(風疹・麻疹) 日本脳炎 おたふくかぜ 水痘					
アレルギー (該当する方 のみご記入 ください。)	食物アレルギー () 動物アレルギー (犬 猫 その他[]) その他 () ☐ 親がアレルギー体質のため考慮してほしい					
食事	好きな物 () 嫌いな物 () 食べる量 : 少ない 普通 多い 食べる形状 : 幼児食 離乳食(前期・中期・後期) 食事の仕方 : 1人で食べる お箸で食べる スプーンを使って食べる 食べさせている 手づかみで食べる ストローが使える コップで飲む					
睡眠	睡眠 : 時 ~ 時 午睡 : 有 (時頃 時間) 無					
	寝る時の癖 : 1人で寝る 添い寝が必要 抱っこして その他()					
排泄	☐ 1人でできる(トイレ オマル) ☐ トイレトレーニング中(トイレ オマル) ☐ 紙おむつ ☐ 布おむつ					
確認事項	利用会員が準備するもの (食事 おやつ ミルク その他)					
	実費を立て替えてもらうもの (交通費 食事 おやつ その他)					
	☆ 送迎方法 タクシー 公共交通機関 自転車 自家用車 (チャイルドシート : 利用会員のを使用 サポート会員のを使用 貸出)					
備考	その他お子さんについて気になることや気をつけて欲しいこと等、ご記入ください。					

様式第 6 号(裏)

顔合わせの記録

利用会員氏名 () 利用会員番号()

日 時	サポート会員	援 助 内 容	援助の希望曜日・時間など	担当者	内容確認
				マッチング	
月 日 () 時 分	(会員番号)				利用会員
				成 立 不成立	サポート会員
月 日 () 時 分	(会員番号)				利用会員
				成 立 不成立	サポート会員
月 日 () 時 分	(会員番号)				利用会員
				成 立 不成立	サポート会員
月 日 () 時 分	(会員番号)				利用会員
				成 立 不成立	サポート会員

委 任 状＜保育施設等用＞

所 属	とべファミリー・サポート・センター
サポート会員番号	
住 所	
氏 名	
事前打ち合わせ日	年 月 日

私は上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

年 月 日

記

- 1 私の子ども _____ を迎えに行くこと。
- 2 援助活動期間 _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

とべファミリー・サポート・センター

利用会員番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

_____ 様

3枚複写
3 - 1

(とべファミリー・サポート・センター用)

記入日 年 月 日

会 員 番 号	氏 名	援助を受けた子どもの名前	年 齢
			歳 (カ月)

[illegible]

3 報酬

報酬	円 (1時間 1時間) × 人
交通費	円 (内訳)
食事代	円 (内訳)
合計	円

(サポート会員) 会員番号 氏名 印

(利用会員) 会員番号 氏名 印

3枚複写
3 - 2

3 - 2

3 - 2

年 月 日

1 援助依頼者(利用会員)

会 員 番 号	氏 名	援助を受けた子どもの名前	年 齢
			歳 (カ月)

2 援助の内容

[illegible]

(注)活動の内容欄には、食事(ミルク)、おやつ、排泄、沐浴、睡眠、遊び等を記入してください。

3 報酬

報 酬	円 (1時間 (1時間	円 × 円 ×	時間) × 時間) ×	人 人
交通費	円 (内訳			)
食事代	円 (内訳			)
合計	円			

上記のとおり報告します。

会員番号

氏名

印

上記について確認しました。

会員番号

氏名

印

3枚複写
3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

3 - 3

様式第9号（第15条関係）

とベファミリー・サポート・センター

病児・病後児依頼連絡票（利用会員提出）

記入日 年 月 日

子どもを受診させました。

会員番号 利用会員名

本日の緊急連絡先

子どもの名前		性　別	男 ・ 女
		生年月日	年　月　日
受診の結果	受診日	年　　 月　　 日	
	病院名		
	電話番号		
	診 断 (病名等)		
	指 示	集団保育が出来ない期間（ 月 日 ～ 月 日 ）	
本日の預かりについて	過ごし方	寝かせておく ・ 室内での安静 ・ 指示なし その他（ ）	
	食 事		
注意事項	○ お預かりが出来ない子どもさん ・ 伝染性疾病に罹患している場合（インフルエンザ、ロタなどの流行性胃腸炎等の急性期で、他の子どもや大人にも感染する恐れがある場合） ・ 嘔吐、下痢がひどく脱水症状（皮膚や唇の乾燥、涙が出ない、ぐったりして元気がない） などがある場合 ・ 38.5度以上の発熱が続いている場合 ・ 咳がひどく、呼吸困難である場合（喘息発作を含む） ・ その他、医師が第三者に預けるのは不可能と判断された場合 ○ 病院の受診結果について保護者（利用会員）が、必ず記入し、預かり当日は、連絡が取れるようにしてください。体調が変わった場合には、本日の緊急連絡先に連絡をし、お迎えに来ていただくことがあるかもしれません。あらかじめご了承ください。		

※ 裏面も必ず記入してください。

<子どもの様子について>

前日の様子 (症状の経過)	症状 体温 時 分 度 時 分 度 食べたもの 排泄（便） 【なし・普通・軟・泥状便の水様性】【回数 回】 (尿) 【多い・普通・少ない】【回数 回】 その他
今朝の様子	症状と経過 体温 時 分 度 時 分 度 食べたもの・食べた時刻 排泄（便）【なし・普通・軟・泥状便の水様性】【回数 回】 (尿) 【多い・普通・少ない】【回数 回】 その他

- ※ 病院を受診後、利用会員が責任を持って記入し、必ずサポート会員に渡してください。
- ※ 続いて預かりが必要な場合は、本日の預かりについて及び<子どもの様子について>の記入をし、毎回、サポート会員に渡してください。
- ※ 途中、病院受診をし、病状が変わった場合は、受診の結果もご記入ください。

様式第 10 号（第 15 条関係）

とべファミリー・サポート・センター
投 薬 依 頼 連 絡 票

保護者に代わって下記のとおり投薬をお願いします。

記入日 年 月 日

依 頼 者 (利用会員)	保護者の氏名 印
子 ど も の 名 前	
投 薬 の 方 法	食前・食後・指定時間（ 時間毎）
投 薬 の 量	
そ の 他 の 依 頼 事 項	

※ 投薬は重要な依頼ですので、間違えないように、利用会員が記入し、サポート会員に依頼時、必ず口頭でも伝えてください。

委 任 状＜医療機関用＞

所 属	とべファミリー・サポート・センター
サポート会員番号	
住 所	
氏 名	

私は上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

1 私の子ども _____ の受診の付添及び診断結果を聞くこと。

年 月 日

とべファミリー・サポート・センター

利用会員番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

御中

とべファミリー・サポート・センター

病 院 受 診 結 果 報 告 書

年 月 日

お子様の病院受診の結果について報告します。

会員番号 サポート会員名

子どもの氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生（満 歳）		
利用会員名（会員番号）	（ ）		
病院名			
病 名			
医師の指示	次回の受診の必要性 無 ・ 有 （ 月 日頃）		
安静度	1．寝かせておくこと 2．室内で安静にしていればよい 3．保育所・学校等へ行ってもかまわない 4．特に指示なし		
薬の処方	無 ・ 有 投薬方法：食前・食後・食間・指定時間（ 時間毎）・頓服 投薬品名：		

※ サポート会員が医療機関に確認したことを記入し、利用会員へ渡してください。

病児・病後児援助活動報告書

(とべファミリー・サポート・センター用)

実施援助日 年 月 日

1 援助依頼者(利用会員)

会 員 番 号	氏 名	援助を受けた子どもの名前	年 齢
			歳 (月)

2 援助の内容

時 間	生 活 の 流 れ	体 温	排 泄	服薬・処置	症 状
	(睡眠、遊び、食事や水分の内容と量)	(朝、昼、夜、 他随時)	(尿・便の量 や症状)		(機嫌、顔色、活気など全身状態等)

(注)生活の流れの欄には、食事(ミルク)、おやつ、排泄、沐浴、睡眠、遊び等を記入してください。

3 報酬

報 酬	円 (1時間 円 × 時間)
受診料	円
交通費	円 (内訳)
食事代	円 (内訳)
合計	円

上記のとおり報告します。

(サポート会員) 会員番号 氏名 印

上記について確認しました。

(利用会員) 会員番号 氏名 印

病児・病後児援助活動報告書

(サポート会員用)

実施援助日 年 月 日

1 援助依頼者(利用会員)

会 員 番 号	氏 名	援助を受けた子どもの名前	年 齢
			歳 (月)

2 援助の内容

時 間	生 活 の 流 れ	体 温	排 泄	服薬・処置	症 状
	(睡眠、遊び、食事や水分の内容と量)	(朝、昼、夜、 他随時)	(尿・便の量 や症状)		(機嫌、顔色、活気など全身状態等)

(注)生活の流れの欄には、食事(ミルク)、おやつ、排泄、沐浴、睡眠、遊び等を記入してください。

3 報酬

報 酬	円 (1時間 円 × 時間)
受診料	円
交通費	円 (内訳)
食事代	円 (内訳)
合計	円

上記のとおり報告します。

(サポート会員) 会員番号 氏名 印

上記について確認しました。

(利用会員) 会員番号 氏名 印

病児・病後児援助活動報告書

(利 用 会 員 用)

実施援助日 年 月 日

1 援助依頼者(利用会員)

会 員 番 号	氏 名	援助を受けた子どもの名前	年 齢
			歳 (月)

2 援助の内容

時 間	生 活 の 流 れ	体 温	排 泄	服薬・処置	症 状
	(睡眠、遊び、食事や水分の内容と量)	(朝、昼、夜、 他随時)	(尿・便の量 や症状)		(機嫌、顔色、活気など全身状態等)

(注)生活の流れの欄には、食事(ミルク)、おやつ、排泄、沐浴、睡眠、遊び等を記入してください。

3 報酬

報 酬	円 (1時間 円 × 時間)
受診料	円
交通費	円 (内訳)
食事代	円 (内訳)
合計	円

上記のとおり報告します。

(サポート会員) 会員番号 氏名 印

上記について確認しました。

(利用会員) 会員番号 氏名 印