

児 童 票

入 所 児 童	入所月日	平成	年	月	日	保 護 者	ふりがな			
	ふりがな						氏名	続柄 ()		
	氏名						生年月日	年	月	日
	生年月日	平成	年	月	日		勤務先	電話 -		
	現住所	〒 - 区					勤務先住所	〒 -		
家 族 及 び 同 居 人	ふりがな氏名	続柄	生年月日	健否	職種等	勤務先等・住所・電話				
		父				電話 -				
		母				電話 -				
勤 務 時 間					週 休 の 状 況					
父 親	月 曜~金 曜 日	時 分~	時 分	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)					
母 親	月 曜~金 曜 日	時 分~	時 分	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)					
通常 の 送 り 迎 え 時 間	月 曜~金 曜 日	送 迎	り え	時 分	自 宅 ・ 保 育 所 間 の 見 取 図					
	土 曜	送 迎	り え	時 分						
送迎者										
緊急の 連絡先	氏名 児童と の関係	電話 -								
健 康 保 険 証	保険の種類									
	記 号									
	番 号									
加 め の 病 院	電話 -									
	電話 -									
備 考										

出生状態 (乳児のみ記入)	胎生期間 (週)	正常産	仮死産	鉗子分娩	吸引分娩	逆子	帝王切開
乳児期 の 状態	出生時の体重 (g)	出生時の身長 (cm)					
	栄養 (母乳・人工乳・混合)	離乳開始 (ヶ月)		離乳完了 (ヶ月)			
	歯の生えはじめ (ヶ月)	歩きはじめ (歳 ヶ月)		言葉のはじまり (歳 ヶ月)			
予防接種	BCG : (年 月) MRワクチン : ① (年 月), ② (年 月) 三種混合 : ① (年 月), ② (年 月), ③ (年 月), 追加 (年 月) ポリオ (生・不活化) : ① (年 月), ② (年 月), ③ (年 月), 追加 (年 月) 四種混合 : ① (年 月), ② (年 月), ③ (年 月), 追加 (年 月) ヒブ (Hib) : ① (年 月), ② (年 月), ③ (年 月), 追加 (年 月) 肺炎球菌 : ① (年 月), ② (年 月), ③ (年 月), 追加 (年 月) 水ぼうそう : (年 月) おたふくかぜ : (年 月) インフルエンザ : その他 ()						
今までにかかった病	はしか (年 月) 風疹 (年 月) 水ぼうそう (年 月) おたふくかぜ (年 月) 突発性発疹 (年 月) (年 月) 百日咳 (年 月) 気管支炎・肺炎 (年 月) 心臓疾患 (年 月) その他 ()						
かかりやすい病気・体質	ひきつけ (けいれん)	ぜんそく	頻尿	便秘	下痢	平熱 ℃	
	中耳炎 (右・左)	肘内障 (右・左)	脱臼: (部位)	ヘルニア: (部位)			
	アレルギー:						
その他の心配な健康状態							
生活の様子	食事	好きな食べ物			嫌いな食べ物		
	排泄	おむつの使用 (紙・布)	おまるの使用	トイレの使用	排泄の予告 (ある・ない)		
	睡眠	睡眠時間 (昼 ; : ~ :), (夜間 ; : ~ :) 寝つき (良・否), 寝起き (良・否) 寝る時の様子やくせ;					
	遊び	好きな遊び			家庭ではお子さんをどのように呼んでいますか		
備考							

該当するところを○で囲むか、記入してください。

保護者様 確認リスト

ふりがな
児童名

生年月日

歳

・緊急連絡先	① () - 所在
	② () - 所在
	③ () - 所在
・基本登園時間	: ~ : 基本迎え時間 : ~ :
・時間外保育利用予定	有 無
・保護者の休み	<p>月・火・水・木・金・土・日・祝日・その他()</p> <p style="text-align: center;">登園日を○で囲んでください(シフトの場合は、備考に内容を記入)</p> <p>備考</p> <p style="text-align: center;">(預かりの場合、基本保育となります)</p>
・お迎えに関して	<p>基本送り保護者</p> <p>基本お迎え保護者</p> <p>その他</p>
・アレルギーの確認	<p>食物 有 無 ハウスダスト・動物等 有 無</p> <p style="text-align: center;">※食物 有の場合、別途(主治医意見書・アレルギー対応食申込書提出)</p>
・平熱	℃
・ぜんそく	有(・ 回) 無
	詳細
・熱性痙攣	有(・ 回) 無
	詳細
・特記事項	

入園時健康診査（満2歳未満の乳幼児）

〈太線内は保護者が記載する〉

(ふりがな)	()		
児童氏名	男・女 第 子		
生年月日	平成	年	月 日 (歳 カ月)
保護者氏名	父:	() 歳	母: () 歳
住所	札幌市 区		
①出生時状況	出生時異常: なし、あり () 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm		
②栄養	母乳 混合 人工		
③離乳食	未開始、 開始 (カ月)・現在 (回食)、 終了 () カ月		
④既往歴	肺炎 中耳炎 熱性けいれん 麻しん 風しん 水痘 流行性耳下腺炎 突発性発しん アレルギー () その他 ()		
⑤予防接種歴	四種混合 (第1期初回 回、 第1期追加) 三種混合 (第1期初回 回、 第1期追加) ポリオ (回、 追加) BCG MR (麻しん・風しん) ヒブ (回、 追加) 肺炎球菌 (回、 追加) B型肝炎 (回) ロタウイルス (回) 水痘 おたふくかぜ インフルエンザ その他 ()		
⑥精神運動発達	首がすわる カ月 未 寝返りする カ月 未 支えなしで座る カ月 未 歯の生え始め はいはいする カ月 未 カ月 未 つかまり立ちする カ月 未 バハイなどの身振りをする カ月 未 一人で歩く カ月 未 2, 3のことばを話す カ月 未		
⑦日常の健康状況 (右の症状が出やすい ですか?)	下痢 便秘 嘔吐 食欲不振 喘鳴 (ゼーゼーする) 咳 湿疹 (アトピー) その他 ()		
⑧診査時計測	体重	kg 身長	cm 胸囲 cm 頭囲 cm
⑨診査所見	体格	大・中・小	
	栄養状態	良・普・不良	
	血色	良・普・不良	
	皮膚の異常	無・有 ()	
	胸部所見	無・有 ()	
	腹部所見	無・有 ()	
	その他	()	
⑩特記事項			
上記のとおり診査する			
平成 年 月 日		医療機関	
		所在地	
		医師名	
			印

※保護者の皆さんへお願い

この診査票は、保育所へ入所する前に提出していただくもので、今後の保育上の参考資料とするものです。太枠内をご記入の上、かかりつけの小児科医師の診査を受けて保育所へ提出してください。なお、記入の際は母子健康手帳の項目を参考として下さい。

- ①「出生時状況」欄は、母子健康手帳の『出産の状態と産後の経過』に記載されている事項を転記して下さい。
- ②「栄養」欄は、生後6カ月までの主な栄養状況を記入して下さい。
- ③「離乳食」欄は、未開始、開始、完了のいずれかに○印を記入し、その時期・回数について記入して下さい。
- ④「既往歴」は既往の疾患に○印をつけて下さい。
- ⑤「予防接種歴」は母子健康手帳の『予防接種の記録』を参考にして接種済みのものに○印と回数を記載して下さい。
- ⑥「精神運動発達」欄は、主なものを列記しました。出来るものには開始の月齢を、出来ないものには未○印をつけて下さい。
- ⑦「日常の健康状況」については当てはまるものに○印をつけて下さい。該当するものがない場合には、欄に斜線を引いてください。

(生活保護を受給されている方は受診料金について保護課地区担当者にご相談下さい)

※医療機関へのお願い

診査票の太枠外を医療機関でご記入ください。

- ⑧「診査時計測」欄は、診査時の計測状況を記入して下さい。
- ⑨「診査所見」は、それぞれ該当に○印を付けるとともに、異常所見がある場合は()内に病名などの詳細を記載して下さい。
- ⑩「特記事項」欄は、この診査表の各欄に記入不可能なもので、⑥「精神運動発達」 ⑨「診査所見」等各項目に関連して、今後、家庭や保育所における健康管理上、ぜひ必要だと思われる事項があれば、簡明に記入して下さい。

札幌市
札幌市乳幼児園医協議会

同意書

東札幌かすたねっと保育園における教育・保育の提供を開始するに当たり、
本書面に基づき入園のしおり・重要事項説明を行いました。

施設園名 東札幌かすたねっと保育園

説明責任者職名 園長 氏名 奥島 登志夫 印

主任保育士 氏名 福田 貴代美 印

私は、本書面に基づいて東札幌かすたねっと保育園の利用にあたっての
入園のしおり・重要事項説明を受け、入園に同意しました。

平成 年 月 日

保護者住所 : 〒 - _____

児童氏名 : _____

保護者氏名 : _____ 印

入園する子どもから見た続柄 : _____

個人情報の使用に係る同意書

認定こども園かすたねつとが、園児及び家族の個人情報を下記の利用目的の

必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用時間

保育サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

別紙「個人情報の利用目的(プライバシーポリシー)」のとおりとします。

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、保育サービス提供に係わる目的以外決して利用しません。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。
- (3) 緊急時において、病院その他関係機関に対し必要な情報提供を行うこと。
- (4) 小学校への円滑な移行・接続が図れるよう、卒園に当たり入学する小学校との間で情報を共有すること。
- (5) 他の保育所等に転園する場合その他兄弟姉妹が別の施設等に在籍する場合において、他の施設との間で必要な連絡調整を行うこと

平成 年 月 日

保護者住所 : 〒 - _____

児童氏名 : _____

保護者氏名 : _____

入園する子どもから見た続柄 : _____

時間外保育利用申込書

平成 年 月 日

東札幌かすたねっと保育園 園長 様

申込者 住 所
氏 名 印
申込児童との続柄 _____

時間外保育の利用について、下記のとおり申込みます。

1 児童氏名 _____ (男・女) (標・短) (平成 年 月 日生)
_____ (男・女) (標・短) (平成 年 月 日生)
_____ (男・女) (標・短) (平成 年 月 日生)

2 利用期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

3 利用時間 午前 時 分 ~ 午前 時 分
午後 時 分 ~ 午後 時 分
午後 時 分 ~ 午後 時 分

4 利用予定 (1) 週 回 (毎週 曜日)
(2)その他 ()

5 利用理由

6 保護者の就労状況

続柄	勤務先名	勤務先の住所	勤務時間帯	勤務先から保育園までの所要時間
			午前 時 分 ~ 午後 時 分	分
			午前 時 分 ~ 午後 時 分	分

※ 続柄は、申込児童との続柄を記入してください。

※ 生活保護を受給している世帯、あるいは前年度市民税非課税世帯に対しては利用料の減免の制度がありますので、お申し出ください。

※ 園(所)記入欄 減免申請 (有・無)

感染症罹患後の登園許可について

登園許可証	
東札幌かすたねっと保育園 施設長殿	
入所児童名 _____	
病名「 _____ 」	
年 月 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。	
_____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関 _____	
医師名 _____	印又はサイン _____

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団内での発生や流行をできるだけ防ぐことで、子どもたちが一日快適に生活できるよう配慮しなければなりません。感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育所生活が可能で状態となつてからの登園であるようにご配慮ください。

(札幌市乳幼児園医協議会編「子どもと感染症」参照)

感染症名	潜伏期	感染しやすい時期	登園のめやす
麻疹 (はしか)	9～12日	発症1日前から発しん出現後の4日後まで	解熱後3日を経過してから
インフルエンザ	1～3日	症状が有る期間 (発症後24時間から3日程度までが最も感染力が強い)	発症後最低5日間かつ解熱した後3日を経過してから
風しん (三日はしか)	2～3週	発しん出現の前7日から後7日間くらい	発しんが消失してから
水痘 (水ぼうそう)	2～3週	発しん出現1～2日前からかさぶた形成まで	発しんがかさぶたになつた後 (但し、手のひら、足のうらは除く)
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	2～3週	発症3日前から耳下腺腫脹後4日	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好であること
結核			感染のおそれなくなつてから
咽頭結膜熱 (プール熱) (アデノウイルス)	5～7日	発熱、充血等症状が出現した数日間	主要症状が消失した後、2日を経過してから
流行性角結膜炎 (アデノウイルス)	4～7日	充血、目やに等症状が出現した数日間	結膜炎症状が消失してから
百日咳	1～2週	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を経過するまで	特有の咳が消失してから、または5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了してから
腸管出血性大腸菌感染症 (O157, O26, O111等)	3～8日		伝染のおそれがないと認められた後

* 上記以外に、医師の判断で登園停止になる場合があります。

感染症罹患後の保護者の登園届

登園届 (保護者記入)	
東札幌かすたねっと保育園 施設長殿	
入所児童名	
年 月 日	医療機関名「 _____ 」において
病名「 _____ 」と診断され、	
病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので登園いたします。	
保護者名	印又はサイン

登園の際には、上記の登園届の提出をお願いいたします。(なお、登園のめやすは、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。)

保育所は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことはもちろん、子どもたちが一日快適に生活できることが大切です。

保育所入所児がよくかかる下記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけの医師の診断にしたがい、登園届の提出をお願いいたします。なお、保育所での集団生活に適応できる状態に回復してから登園するよう、ご配慮ください。

○医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が必要な感染症
(札幌市乳幼児園医協議会編「子どもと伝染病」参照)

感染症名	潜伏期	感染しやすい時期	登園のめやす
溶連菌感染症	2～7日	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間	主要症状が消失し、抗菌薬内服後1～2日後経過していること
マイコプラズマ肺炎	1～3週	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳などの主要症状が治まっていること
ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノウイルス等)	1～3日	症状のある間と、症状消失後1週間(量は減少していくが数週間ウイルスを排泄しているので注意が必要)	全身状態が良く、嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	2～5日	急性期の数日間(便の中に1か月程度ウイルスを排泄しているので注意が必要)	解熱し、口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
RSウイルス感染症	4～6日	呼吸器症状のある間	咳などの呼吸器症状が改善し、全身状態が良いこと
帯状疱疹 突発性発疹		水疱を形成している間	すべての発疹がかさぶたになってから 解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと (発疹があっても良い)

(札幌市の保育園においては、手足口病、伝染性紅斑(りんご病)は、発疹があっても、全身状態が良ければ、登園可としています。)

連絡(与薬依頼)票 (保護者記載用)

平成 年 月 日記

依頼者	保護者氏名			
	子ども氏名			
依頼先	【東札幌かすたねっと保育園】 白石区東札幌4条4丁目6-16 TEL 837-1525			
主治医等	病院名	電話番号		
	薬局名	電話番号		
	病名			
症状 (家庭での様子など)				
.....				
.....				
お薬について	(1) お持ち頂いた薬は	平成 年 月 日に処方された	日分のうちの本日分	
	(2) 薬の形状	粉 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他		
	(3) 薬の内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ その他 ()		
		下痢止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬 ()		
	(4) 使用する日時	平成 年 月 日	昼食前 ・ 昼食後	
(5) その他注意して欲しい事項 (例: 外用薬の使用方法など)			
.....				
保育園記載欄				
受領者サイン				
投与者サイン	投与時刻	平成 年 月 日		
		午前 ・ 午後	時 分	
実施状況など				

与薬についての保護者の方へのお願い

薬を飲まなくてはいけない体調のお子様は、基本的には保育所(園)をお休みになり、家庭で保育することが望ましいと思います。しかし、お子様の中には、保育所(園)で過ごすことには問題がないけれども、どうしても日中の与薬が必要だという子もいらっしゃいます。

この与薬依頼票は、そういった方のために、保護者の方に代わって保育所(園)が与薬をするための依頼票ですので、次の点を確認・承諾のうえ提出してください。

- (1) 薬をもらうときは、医師に保育所(園)に通っていることを伝え、どうしても昼間に薬を飲む必要があるかを確認してください。与薬を『朝、晩の2回にできないか』、1日3回の薬を処方される場合に『朝、降所(園)後、寝る前』にできないかを医師に確認し、可能であれば保育所(園)で薬をあげなくても良い様にしてください。
- (2) 時間で飲ませる必要がある薬、食前の薬は集団生活の中での与薬は難しいので、原則的にはお断りしております。
- (3) 座薬は扱いません。目薬や塗り薬は保育士にご相談ください。
- (4) 飲むのを嫌がったり、飲むと吐いてしまう場合は、安全確実に与薬ができませんのでお断りすることがあります。
- (5) 保育所(園)にお持ちいただく薬は、1回分にしてください。粉末であれば1包毎に、水薬であれば容器に1回量分だけを入れ、必ずお子様の名前を書いてください。
- (6) 幼児の場合は、お子様に薬を飲むことを納得させておいてください。
- (7) 与薬依頼の際は、以下の三点を一緒に提出してください。
 - ・連絡(与薬依頼)票
 - ・薬(一回分のみ)
 - ・薬局発行の薬の説明書(担当医師名:薬の写真が載っているもの)
- (8) 連絡(与薬依頼)票は、1回の与薬について1枚記入・提出してください。
- (9) 慢性疾患等で継続しての服薬が必要な方は、別途ご相談ください。
- (10) 医師から処方されたお薬以外はお預かりいたしかねます。(市販薬の与薬はお断りいたします)