

児 童 票

入 所 児 童	入所月日	年 月 日		保 護 者	ふりがな			
	ふりがな				氏 名	続柄 ()		
	氏 名				男・女	生年月日	年 月 日	
	生年月日	年 月 日			勤務先	電話 ー		
	現住所	〒 ー 区			勤務先住所	〒 ー		
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 ー		
		母				電話 ー		
勤 務 時 間				週 休 の 状 況				
父 親	月 曜～金 曜 日	時 分～	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)				
	土 曜 日	時 分～	時 分					
	その他							
母 親	月 曜～金 曜 日	時 分～	時 分	週休2日制(あり・なし) 月 回(週) その他(曜日)				
	土 曜 日	時 分～	時 分					
	その他							
通常 の送 り迎 え時 間	月 曜～金 曜 日	送 迎	時 分	<u>自宅・保育所間の見取図</u>				
	土 曜 日	送 迎	時 分					
送迎者								
緊急の 連絡先	氏 名	電話 ー						
健 康 保 険 証	保険の種類							
	記 号							
	番 号							
か か り の 病 院	電話 ー							
	電話 ー							
備 考								

出生状態	在胎期間 (週) 正常産 仮死産 鉗子分娩 吸引分娩 逆子 帝王切開 出生時の体重 (g) 出生時の身長 (cm)						
乳児期の状態	栄養 (母乳・人工乳・混合)		離乳開始 (カ月)		離乳完了 (カ月)		
	歯の生えはじめ (カ月)		歩きはじめ (歳 カ月)		言葉のはじまり (歳 カ月)		
予防接種	BCG : (年 月) MRワクチン : ◎ (年 月), ◎ (年 月) 四種混合 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) ・三種混合 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) ・ポリオ : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) ヒブ (Hib) : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) 肺炎球菌 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月), 追加 (年 月) 水ぼうそう : ◎ (年 月), ◎ (年 月) 日本脳炎 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月) B型肝炎 : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月) ロタウィルス : ◎ (年 月), ◎ (年 月), ◎ (年 月) おたふくかぜ : ◎ (年 月), ◎ (年 月) その他 ()						
今までにかかった感染症	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) りんご病 (年 月) その他 ()						
今までにかかった病気	けいれん ぜんそく 心臓疾患 川崎病 中耳炎 (右・左) 肘内障 (右・左) 脱臼 : (部位) ヘルニア : (部位) その他 ()						平熱 ℃
アレルギー	食物 () ハチ その他 ()						
その他の心配な健康状態	便秘 下痢 その他 () アトピー性皮膚炎						
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。

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・令和	年	月 日 (歳 か月)
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 (歳 か月・現在 回食)、 終了 (歳 か月)		
④今までにかかった病気	麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ 突発性発しん 百日咳 けいれん ぜんそく 心臓疾患 川崎病 中耳炎 肘内障 (右・左) 脱臼 (部位) ヘルニア (部位) アレルギー () その他 ()		
⑤予防接種歴 ※1	インフルエンザ菌 b 型 (Hib) (回) 小児肺炎球菌 (回) B 型 肝 炎 (回) 四 種 混 合 (回) B C G (回)	麻しん風しん混合 (MR) (回) 水痘 (水ぼうそう) (回) 日 本 脳 炎 (回) ロタウィルス (回) おたふくかぜ (回) 季節性インフルエンザ (回) ※2 その他 ()	
⑥精神運動発達	首がすわる	歳	か月、 未
	寝返りする	歳	か月、 未
	支えなしで座る	歳	か月、 未 歯の生え始め
	はいはいする	歳	か月、 未 歳 か月、 未
	つかまり立ちする	歳	か月、 未
	バイバイなどの身振りをする	歳	か月、 未
	一人で歩く	歳	か月、 未
	2、3のことばを話す	歳	か月、 未
⑦日常の健康 状況	下痢 便秘 嘔吐 食欲不振 喘鳴 咳嗽 湿疹 (アトピー) その他 ()		
⑧診査時計測	体重	kg、身長	cm
⑨診査所見	体格	大・中・小	皮膚の異常 無・有 ()
	栄養状態	良・普・不良	胸部所見 無・有 ()
	血色	良・普・不良	腹部所見 無・有 ()
	その他 ()		
⑩特記事項			
上記のとおり診査する			
令和 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下さい。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か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、終了のいずれかに○印を記入し、その時期・回数を記入して下さい。
- ④「今までにかかった病気」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○印を付けた上で、カッコ内に接種した回数を記載して下さい。
※1 カッコ内には、追加で接種した回数を含めて記載して下さい。
※2 「季節性インフルエンザ」は、6か月以内に接種した場合のみ○印を付け、カッコ内に摂取した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。できるものには開始の月齢を、できないものには「未」に○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○印を付けて下さい。なお、各症状は次のとおりです。

下痢	液状、または液状に近い軟便を排泄する状態をいいます。
便秘	便が大腸内に長時間にわたって滞留し、排便が順調に行われていない状態をいいます。
嘔吐	胃の内容物を吐き出すことをいいます。
食欲不振	食べ物を食べたいという意欲が起きない状態をいいます。
喘鳴	息を吸うとき、吐くときに聞かれる「ゼイゼイ」「ヒューヒュー」といった異常な呼吸音をいいます。
咳嗽	痰の有る無しにかかわらず、一般的なせき（咳）をいいます。
湿疹（アトピー）	皮膚にかゆみ、水疱、発赤、腫れ、じくじくする、かさぶたができる、かさついてうろこ状になるなどの症状がみられることをいいます。

（本入園時健康診査票は健診料、文書料が発生いたします。）

（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下さい。

- 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、それぞれ該当するものに○印を付けていただき、異常所見がある場合は、カッコ内に病名などの詳細を記載して下さい。
- ⑩「特記事項」欄は、今後、家庭や保育所における健康管理上、特に留意が必要だと思われる事項があれば、簡明に記入して下さい。

確認リスト

(ふりがな) 児童名			
生年月日			
保護者連絡先	(父)		
	(母)		
緊急連絡先 <small>体調不良などでお迎えが必要な時に使用する為、優先順位をつけて、必ず3か所連絡先をあげて下さい。兄弟がいるご家庭は、連絡先の優先順位を統一して記入して下さい。</small>	① (連絡先)	(電話番号)	
	② (連絡先)	(電話番号)	
	③ (連絡先)	(電話番号)	
保育時間	(登園 :)	(降園 :)	
土曜保育	有 (月 回 程度 利用予定) ・ 無		
	(登園 :)	(降園 :)	
延長保育	有 (週 回 程度 利用予定) ・ 無		
	(降園 :)		
送迎者	父 母		
	その他 ()		
既往歴	いずれかに○をつけて下さい。		回数・時期・最後になった日
熱性けいれん	有 ・ 無		
ぜんそく	有 ・ 無		
肘内障	有 ・ 無		
アナフィラキシー	有 ・ 無		
アレルギー	有 無	平熱	℃
	項目 ()	備考欄	
症状 ()			

同意書

認定こども園における教育・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 認定こども園かすたねっと

説明責任者職名 副園長 氏名 高崎 千也子



主任保育士 氏名 品川 亜紀



私は、本書面に基づいて認定こども園かすたねっと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。

令和 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) 園の配布物(園だより・クラスだより等)への写真掲載
希望します ・ 希望しません (いずれかを○で囲んで下さい)

年 月 日

保護者 住所

氏名

印

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）

児童氏名 _____ 男・女 _____ 年 月 日生（ 歳 か月）

*この「生活管理指導表」は保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限りて作成するものです。
 *この「生活管理指導表」に基づき、保育所職員が給食や保育所生活における対応を行います。
 緊急時の対応にも使用しますので、できるだけ具体的で詳細な記載をお願いします。

記載日： _____ 年 月 日

<u>医療機関名および医師名</u>		
A 食物アレルギー（食物アレルギー有の場合のみ記載） 1 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2 即時型 3 その他（乳児消化管症状・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他： _____）	B アナフィラキシー病型（アナフィラキシー既往有の場合のみ記載） 1 食物（原因： _____） 2 その他（医療品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛 _____）	
C. 原因食物	除去根拠	除去程度
<u>該当する食品に○をつける</u>	<u>該当するもの全ての番号を記載</u> ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ I g E 抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取	<u>除去程度を記載</u> (1) 食物及びその加工食品についても厳格に除去している (2) 食物は厳格に除去するが、その加工品は食べている
1 鶏卵		
2 牛乳		
3 小麦		
4 ソバ		
5 ピーナッツ		
6 大豆		
7 ゴマ		
8 ナッツ類 (すべて・クルミ・アーモンド・ _____)		
9 甲殻類 (すべて・エビ・カニ・ _____)		
10 軟体類・貝類 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・)		
11 魚卵 (すべて・イクラ・タラコ・ _____)		
12 魚類 (すべて・サバ・サケ・ _____)		
13 肉類 (鶏肉・牛肉・豚肉・ _____)		
14 果物類 (キウイ・バナナ・ _____)		
15 米		
16 その他		

裏面にも、記載欄があります。記載漏れのないようお願いします。

D 日常の治療（予防）内容

- 1 定期受診のみ
- 2 定期内服薬（種類・服用方法等： _____)
- 3 その他：

E 緊急時に備えた処方薬（番号に○をしてください）

- 1 処方薬なし
- 2 内服薬のみ処方あり
- 3 アドレナリン自己注射薬（エピペン®）
- 4 内服薬とアドレナリン自己注射薬（エピペン®）の両方

（処方薬がある場合は、以下の項目にできるだけわかりやすい言葉で具体的に指示をしてください。）

- ① 内服薬（抗ヒスタミン薬・ステロイド薬）：（薬剤名・服薬方法等 _____)
*どのような症状が出たらどの薬を服用させるか。

- ② アドレナリン自己注射薬（エピペン®）
*どのような状態（症状）で使用するか。

F 救急搬送の判断基準

保育所での生活上の留意点	I 給食・離乳食 1 管理不要 2 保護者と相談し決定	II アレルギー用調剤粉乳 1 不要 2 必要：下記に該当ミルク名を記入 (_____)
	III 食物・食材を扱う活動 1 管理不要 2 保護者と相談し決定	IV 園外活動 1 管理不要 2 動・植物への配慮が必要 3 保護者と相談して決定
	V その他の配慮・管理事項	

時間外保育利用申込書

令和 年 月 日

認定こども園かすたねっと 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) (年 月 日生)
_____ (男・女) (標・短) (年 月 日生)
_____ (男・女) (標・短) (年 月 日生)

2 利用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 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の医師の意見書

意見書	
認定こども園かすたねっと 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、下記の感染症について意見書の提出をお願いします。

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なお状態となつてからの登園であるようご配慮ください。

○医師が記入した意見書が必要なことがある感染症

(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った後(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

感染症罹患後の保護者の登園届

登園届 (保護者記入)	
認定こども園かすたねっと	施設長殿
入所児童名	
年 月 日	医療機関名「 病名「 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。感染症の集団内での発生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應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ことがある感染症(ただし、一律に提出が必要なわけではありません)

(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
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	抗生剤投与開始後1～2日経過し、主要症状が消失してから
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)	下痢が治まり、全身状態が良ければ登園可
ヘルパンギーナ 手足口病	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、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)

年 月 日記

依 頼 者	保護者氏名		
	子ども氏名		
依 頼 先	【認定こども園かすたねっと】 東区北 42 条東 15 丁目 1-23 TEL 733-5303		
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 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	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

薬を飲まなくてはなら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)