

保育園利用に関する個人情報提供同意書

社会福祉法人天光会 みどりが丘保育園(以下「当園」という)では、保育園の利用に際しご提出いただいた園児および保護者等の個人情報の管理に適切な安全対策を講じるものとします。つきましては利用手続き、面談、当園の運営管理上を利用目的として保護者の方から提供していただく個人情報について下記の通りご案内申し上げますので、内容に同意いただける場合は、署名・捺印をしてご提出ください。

1. 取得及び利用目的

当園の利用をご希望される園児および保護者の氏名、年齢、住所、連絡先(電話番号、メールアドレス等)の個人を認識できる情報や、保護者の勤務先、園児の出生後の発達の状態(母子手帳、健康診断書等)に関する情報を取得します。取得の目的は、利用手続き、緊急連絡、園児の健康管理、保育サービスの運営管理業務に利用し、それ以外の目的での利用はいたしません。

2. 預託・提供

当園は、法令で定める場合(所轄官庁への運営状況の報告、警察の捜査協力、園児の生命や身体にかかわる緊急・重大な場合など)を除き、上記1で取得した情報を利用目的の範囲を超えて、その情報を提供していただいた個人情報を第三者への提供や預託はいたしません。

3. 情報の開示・訂正・削除

当園管理する個人データについてお問い合わせいただいた際、当該個人情報の所有者であるご本人からのお問合せであることを確認したうえで、当園の運営管理に支障をきたさない合理的な範囲内で保有している個人データについてのお問い合わせに応じるものとします。また、個人情報の開示のご要望につきましては、文書にて対応するものとします。

4. 個人情報の管理

入園のご応募やお手続きのためにご提供いただいた個人情報は、当園をご利用するに当たり継続的に取得する個人情報(保護者と職員の連絡情報を含む)につきましては、当園にて安全管理いたします。卒園・転園をされたお子さまの個人情報については法令に定める期間を保管したのち、当園で責任を持って廃棄いたします。また、一部の園児の記録・作品については「おもいで」として保護者へ返却することがあります。

5. 個人情報提供の任意性

当園への個人情報の提供は任意としております。ただし個人情報をご提供いただけない場合は、当園のご利用をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

社会福祉法人天光会

みどりが丘保育園 御中

令和 年 月 日

園児氏名 _____

保護者氏名 _____ 続柄 _____

病後児保育登録票

年 月 日

みどりが丘保育園園長 様

住所

保護者氏名

印

電話番号

病後児保育の登録をしたいのでみどりが丘保育園病後児保育事業運営要綱第6条1項の規定により次のとおり提出します。

登録児	登録児氏名				お子さんの愛称			
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
	自宅住所	(〒 -)						
		自宅電話番号 ()			自宅FAX番号 ()			
	通園(学)施設	() 保育園・託児所・幼稚園・小学校・なし						
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生						
	保険証番号				乳幼児医療受給者証番号			
保護者	保護者氏名	携帯電話番号 ()			続柄	父・母・祖父・祖母・その他()		
	保護者氏名	携帯電話番号 ()			続柄	父・母・祖父・祖母・その他()		
緊急連絡先	第1連絡先	氏名				続柄	父・母・祖父・祖母・その他()	
		電話				携帯番号	()	
	第2連絡先	氏名				続柄	父・母・祖父・祖母・その他()	
		電話				携帯番号	()	
(登録児を除く) 世帯員の状況	氏名	年齢	職業又は勤務先			電話番号	登録児との続柄	
主に送迎する人	父・母・祖父・祖母 その他(氏名					続柄)	

○登録児の状況等

周産期	※ この欄は、登録児が就学前の場合のみ記入してください。	
	妊娠中の異常	なし ・ あり (具体的に: _____)
乳幼児期の発達	出産時の体重	グラム _____
	出産は (予定通り ・ _____ 日 早かった ・ 遅かった)	
	出産時の異常	なし ・ あり (具体的に: _____)
	首のすわり: _____ おすわり: _____ ひとり歩き: _____ 栄養方法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) _____ 離乳食完了時期 未 (前期 ・ 中期 ・ 後期) _____ 済 (_____ ヶ月) 人見知り: _____ ヶ月 母親の後追い: _____ 歳 _____ ヶ月 初語 (意味のあることば) : _____ 歳 _____ ヶ月 オムツ : 紙オムツ ・ 布オムツ	
予防接種等	BCG (未 ・ 済)	
	四種混合 (未 ・ I期 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ I期 追加)	
	麻しん風しん混合ワクチン (未 ・ 済)	麻しん かつた【年齢 _____ 歳】の時
		風しん かつた【年齢 _____ 歳】の時
	水ぼうそう (未 ・ 1回 ・ 2回)	かつた【年齢 _____ 歳】の時
	おたふくかぜ (未 ・ 1回 ・ 2回)	かつた【年齢 _____ 歳】の時
	日本脳炎 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加)	
	B型肝炎 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加)	キャリアで【ある ・ ない】
	ヒブ (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)	
	肺炎球菌 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)	
その他(具体的に記入下さい)		
これまでの病気	けいれん : 初回 _____ 歳 _____ ヶ月 最後 _____ 歳 _____ ヶ月 これまでに _____ 回	
	熱性けいれん : 初回 _____ 歳 _____ ヶ月 最後 _____ 歳 _____ ヶ月 これまでに _____ 回	
	喘息 _____ ない ・ ある	
	喘息様気管支炎 毎日薬を飲んで いる ・ いない ・ 発作時だけ	
	毎日吸入治療法を している ・ いない ・ 発作時だけ (_____)時間おき	
アトピー性皮膚炎 ない ・ ある (治療は 内服薬 ・ 外用薬 ・ 食事療法)		
アレルギー	・食べ物 無 ・ 有 (食品名 _____)	
	まだ与えていない食べ物 無 ・ 有 (食品名 _____)	
	・薬 無 ・ 有 (薬名 _____)	
入院歴	入院したこと 有 ・ 無 (病名 _____ 歳 _____ ヶ月) (病名 _____ 歳 _____ ヶ月)	

病後児利用申込書・承諾書

年 月 日

みどりが丘保育園園長 様

住所

保護者氏名

印

電話番号

病後児保育の利用にあたり下記の通り申込み致します。

利用児氏名				登録番号			
生年月日	年	月	日	性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
緊急連絡先	①	名前(続柄)	電話番号	勤務先・携帯・その他(
	②	名前(続柄)	電話番号	勤務先・携帯・その他(
診断内容記入欄							
◎病後児保育利用あたり受診した医師の診断結果は、以下の通りです。							
受診日	年	月	日				
受診した医療機関							
病名				入院の有無	有 ・ 無		
症状				利用日 当日の体温	°C		
注意点	※安静度や食事など						
治療経過	処方された薬の有無(有 ・ 無)						
利用予定日 時間	①	/ ()	: ~ :	②	/ ()	: ~ :	
	③	/ ()	: ~ :	④	/ ()	: ~ :	
	⑤	/ ()	: ~ :	⑥	/ ()	: ~ :	
	⑦	/ ()	: ~ :				
	承諾書						
1. 体調が急変した際は、保護者の方へご連絡致しますので速やかにお迎えをお願い致します。							
2. この用紙に記載された以外の症状がある場合、または、発症した場合は、お預かりすることが出来ません。							
3. 緊急時、連絡がつかない場合は、こちらの判断により病院へ連れて行く場合があります。							
上記1～3の内容を承諾致します。							
令和 年 月 日 ()							
保護者氏名 印							
園記入欄 【利用日】	①	/ ()	: ~ :	②	/ ()	: ~ :	
	③	/ ()	: ~ :	④	/ ()	: ~ :	
	⑤	/ ()	: ~ :	⑥	/ ()	: ~ :	
	⑦	/ ()	: ~ :				
	利用日数計						日

与薬依頼書

申込日 令和 年 月 日

組 名前

みどりが丘保育園 園長宛て

下記の通り医師より処方されましたので与薬をお願いします。

処方日	令和 年 月 日	日分
与薬を希望する日(期間)	令和 年 月 日 ~	月 日
病名		
処方した医師 または病院		
薬の種類	粉薬 ・ 錠剤 ・ 水薬 ・ 塗り薬 ・ 目薬 ・ 点鼻薬 ・ その他 ()	
薬の名前		
与薬の時間	食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他()	
飲む方法		
塗る部位		
その他の 注意点		

- ★薬は、医師の処方薬のみお預かり致します。
- ★市販の薬や処方日が過ぎている薬は、お預かり出来ません。
- ★必ず医師、薬剤師の処方箋の写しを添付して下さい。
- ★薬は必ず1回分に取り分け、容器や袋に名前を書いて下さい。
- ★詳しくは、看護師にご相談下さい。

与薬確認欄

与薬日						
内容	お薬を 飲み・塗り・点し ました。	お薬を 飲み・塗り・点し ました。	お薬を 飲み・塗り・点し ました。	お薬を 飲み・塗り・点し ました。	お薬を 飲み・塗り・点し ました。	お薬を 飲み・塗り・点し ました。
与薬者・サイン						
保護者サイン						

与薬依頼書の取扱いについて(職員)

- ☆与薬依頼書を預かったら必ず写し(コピー)をとる。原本を園控えとしてファイルする。
- ☆与薬者は、与薬確認欄に日付・内容・与薬者サインを記入し薬の空き容器・袋と一緒に担任を通じて子どもに渡す。
- ☆翌日以降、処方日内の与薬であれば再度与薬依頼書の記入は、必要は無いが必ず依頼初日に記入した与薬依頼書(写し)と一緒に薬を持たせるよう伝える。

与薬指示書

下記の保育所（園）児について、当院で加療中ですが、登所（園）の際は、保護者に代わり、与薬をお願いします。

保育園名： みどりが丘保育園 氏名：

病名（または症状）：

1. 薬の処方内容（該当するものに○印）

形 状	内 容
散（1回 袋）	抗生物剤 咳止め 痛み止め
液（シロップ CC）	下痢止め 鼻止め 抗アレルギー
錠剤（ ）	頓服（ ）
その他（ ）	その他（ ）

* 1回の与薬につき、複数種類がある場合は全ての薬について記入をお願いします。

2. 園での与薬時間（○をつけてください）

食前 食後 その他（ ）

3. 処方期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

<与薬にあたっての注意事項>

令和 年 月 日
医療機関名
住所
電話番号
担当医師氏名

印

登園意見書（医師記入）

（令和5年5月改訂）

みどりが丘保育園園長 殿

組

園児名

疾患名 該当欄に☑をお願いします	登園のめやす
麻疹	解熱後3日を経過していること
インフルエンザ	発症した後5日経過し、かつ解熱した後3日経過していること
風しん	発しんが消失していること
水痘（水ぼうそう）	すべての発しんが痂痂（かさぶた）化していること
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
結核	医師により感染の恐れがないと認められていること
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等の主な症状が消失した後2日経過していること
流行性角結膜熱	結膜炎の症状が消失していること
百日咳	特有の咳が消失していること又は適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること
腸管出血性大腸菌感染症 （O-157、O-26、O-111等）	医師により感染の恐れがないと認められていること（無症状病原体保有者の場合、2回以上連続で便から菌が検出されなければ登園可能）
急性出血性結膜炎	医師により感染の恐れがないと認められていること
侵襲性髄膜炎菌感染症 （髄膜炎菌性髄膜炎）	医師により感染の恐れがないと認められていること
新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過していること

上記の疾患で令和 年 月 日から症状がみられ療養していましたが、症状も回復し他児への感染のおそれもなく、集団生活に支障がない状態とされます。

令和 年 月 日から登園可能と判断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

※必ずしも治癒の確認は必要ありません。意見書は症状の改善が認められた段階で記入することが可能です。

※かかりつけ医の皆さまへ

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。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園生活が可能となる状態となつてからの登園であるようご配慮ください。

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「登園意見書」を保育園に提出して下さい。

登園届 (保護者記入)

(令和5年5月改訂)

みどりが丘保育園 園長 殿

組

園児名

疾患名 該当欄に☑をお願いします	登園のめやす
溶連菌感染症	抗菌薬内服後 24～48 時間が経過していること
マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく普段の食事がとれること
伝染性紅斑 (りんご病)	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎 (ロタ・ノロ・アデノウイルス等)	嘔吐・下痢の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく普段の食事がとれること
帯状疱疹	すべての発疹が痂痂 (かさぶた) 化していること
突発性発疹	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと
RS ウイルス感染症	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
その他 ()	

令和 年 月 日より (症状) _____ があり、(医療機関名) _____
(月 日受診) において (病名) _____ と診断されましたが、他児への感染のおそれはなく、症状も回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、令和 年 月 日から登園いたします。

令和 年 月 日

保護者名 _____

※保護者の皆さまへ

保育園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で、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。なお、保育園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にご配慮ください。



○園児名・クラス名・生年月日・血液型(上の子から順に記入)			
クラス名 (ふりがな)	組	クラス名 (ふりがな)	組
園児名 () (年 月 日生)	(型)	園児名 () (年 月 日生)	(型)
住所	〒□□□-□□□□		TEL(自宅) ()
第① 連絡先	【ふりがな】 氏名(続柄) ()		勤務時間 (月～金) : ~ : (土) : ~ :
	勤務先	名称 所在地 電話 () 配属先や部署など()	所要時間 (職場から園) 通常 分・徒歩 分
	携帯	()	
	【ふりがな】 氏名(続柄) ()		勤務時間 (月～金) : ~ : (土) : ~ :
勤務先	名称 所在地 電話 () 配属先や部署など()	所要時間 (職場から園) 通常 分・徒歩 分	
携帯	()		
上記 以外 の 連絡 先	③	【ふりがな】 氏名(続柄) ()	住所 TEL 自宅 携帯 職場 ()
		【ふりがな】 氏名(続柄) ()	住所 TEL 自宅 携帯 職場 ()
	④	【ふりがな】 氏名(続柄) ()	住所 TEL 自宅 携帯 職場 ()
		【ふりがな】 氏名(続柄) ()	住所 TEL 自宅 携帯 職場 ()

かかりつけの病院	診療科目	名称	TEL
	内科		()
	整形外科		()
	歯科		()
	眼科		()

有事の際、家族の待ち合わせ場所		遠隔地の連絡先(災害時に連絡する場合があります。)	
第1	【ふりがな】 氏名(続柄) ()	住所 TEL ()	()
第2	【ふりがな】 氏名(続柄) ()	住所 TEL ()	()
備考			

〔必ずお読みください。〕

※本票は園児がケガ・急病等により、緊急に保護者に連絡及び受診する場合に使います。

※本票を複写したものをお渡しします。ご家庭で保管してください。

※有事の際に、本票を持ち出すことがあります。

※中学生以下のお子さんに園児を引き渡すことはできません。また、緊急の際近所の方等に引渡しを依頼する場合は、お迎えの際身分証明書が必要になる事を合わせてお願いしてください。

※有事の際、保育園での待機が困難な場合、第2避難場所として『大網小学校』に移動する場合があります。

メール配信や電話連絡が出来ない場合もあります。その際は、園舎に張り紙などで行先を掲示しますので、確認してお迎えください。

※個人情報、緊急の目的以外には使用しません。

引き渡し確認欄 ※職員記入欄			
日付	引取り者(続柄)	時間	備考

主要場所連絡先				
みどりが丘保育園	住所	大網白里市大網2800	TEL	0475-71-3261
大網小学校	住所	大網白里市みどりが丘3-18-3	TEL	0475-72-0064
みどりが丘自治会館(中央公園)	住所	大網白里市みどりが丘3-16-2	TEL	0475-53-5670



○園児名・クラス名・生年月日・血液型(下の子から順に記入)				
クラス名	ひまわり 組	クラス名	つぼみ 組	
(ふりがな)	おおあみ みどりこ	(ふりがな)	おおあみ みどりたろう	
園児名	大網 みどり子 (O型) (2010年4月26日生)	園児名	大網 みどり太郎 (O型) (2014年7月12日生)	
園児名		園児名		
〒	299-3251	Tel(自宅)	0475(71)3261	
連絡の取りやすい順番 でおねがいします。		血液型は、わかる方 のみで結構です。		
第① 連絡先	氏名(続柄)	大網 みどり (母)	勤務時間	
	名称	株式会社 ○○○○○○	(土)	
	勤務先 所在地	○○○市○○○町○-○-○	9:00 ~ 18:00	
電話	○○○○(○○)○○○	勤務先から保育園ま での所要時間です。	9:00 ~ 13:30	
配属先や部署など()		所要時間 (職場から園)	通常 20分・徒歩 120分	
携帯	090(○○○○)○○○○			
第② 連絡先	氏名(続柄)	おおあみ おかたろう 大網 丘太郎 (父)	勤務時間	
	名称	有限会社 ○○○○	(月~金)	
	勤務先 所在地	東京都○○区○○町○-○-○	8:30 ~ 17:30	
電話	03(○○○○)○○○○		(土)	
配属先や部署など()		所要時間 (職場から園)	通常 60分・徒歩 360分	
携帯	080(○○○○)○○○○			
上記 以外の 連絡先	③	【ふりがな】 おおあみ いちたろう	住所	大網白里市みどりが丘○-○-○
	氏名(続柄)	大網 一太郎 (祖父)	Tel	自宅 携帯 職場 090(○○○○)○○○○
	④	【ふりがな】 おおあみ はなこ	住所	大網白里市みどりが丘○-○-○
	氏名(続柄)	大網 花子 (祖母)	Tel	自宅 携帯 職場 0475(○○○○)○○○○

兄弟でみどりが丘保
育園に在園している
場合は、左から大き
い子順に記入してく
ださい。
(兄弟で1枚記入)

連絡の取りやすい順番
でおねがいします。

血液型は、わかる方
のみで結構です。

勤務先から保育園ま
での所要時間です。

電話を取り次ぐ際、職
種や○○課や○○棟な
ど必要事項がある際、
ご記入ください。

兄弟でかかりつけの病院が違う
場合は、病院名の横に園児の
名前を記入してください。

ご家族で待ち合わせ場
所を決めている際はご

関東近郊が混乱し、連絡
が取れない場合等に使用

か か り つ け の 病 院	診療科目	名称		
	内科	○○医院(みどり子)		
	整形外科	○○病院(みどり太郎)		
		()		
		()		
有 事 の 際 、 家 族 の あ い わ せ 場 所	【ふりがな】 おおあみ まり子	住所	栃木県○○市○○町○-○-○	
第1	大網小学校	氏名(続柄)	大網 まり子 (叔母)	
		Tel	○○○○(○○)○○○○	
第2	中央公園	【ふりがな】 しらさと うみこ	住所	大阪府○○市○○町○-○-○
		氏名(続柄)	白里 うみ子 (祖母)	
		Tel		
備 考	みどり子・・・卵、小麦粉、ヒーナッツアレルギー みどり太郎・・・喘息(朝と夕にテオドール錠50g各2錠服用)			

アレルギー疾患等ある
方は、備考欄に記入し
てください。