

# 承 諾 書

りんでのんの家施設長殿

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

この度（園児名）\_\_\_\_\_が貴園に入園するに当たり、  
下記事項について同意承諾し、以て園の運営発展の為、協力することを誓約いたします。

## 記

1. 保育中、園児が発病した場合、囑託医または施設長が適当と判断した医師の診療を受けることに同意します。
2. 保育中、園児が怪我をした場合、施設長が緊急を要すると判断した怪我については、保護者に連絡して園から病院に連れて行き、受診することに同意します。
3. 保育中、園児が発熱した場合、園からの連絡があれば速やかにお迎えにくることに同意します。また、やむを得ず、お預けした場合にはその責任を園に求めません。
4. 他に伝染する恐れのある病気、または保育に支障ありと施設長が認めた病気の場合、施設長が一定期間登園を禁止することに同意します。
5. 保育中の傷害（ケガ）については、保護者の負担により加入した日本スポーツ振興センターの規定により処理することに同意します。
6. 園児の送迎は、保護者の責任においてなされるべきものですが、万一やむを得ず園等に自動車等による送迎を依頼した場合、万一発生した事故により生じた疾病、その他の処理については、園が予め用意した各種保険の範囲内に限るものとし、園等に対してそれ以上の要求をしないことに同意します。

以上

# 保 育 台 帳

ふりがな		性別	生年月日			入園	令和	年	月	日	
園児名		男・女	平成 令和	年	月	日生	途中 退園	令和	年	月	日
ふりがな		住所	〒 _____ - _____								
保護者名											
家族の状況 (本人含む)	ふりがな 氏名	続柄	年齢	職業	勤務先住所/学校名/園名						
		本人		園児	りんでの家						
特記すべき家庭の状況								小学校区			
緊急時の連絡先番号											
		電話番号等						優先順位			
自宅											
父 携帯電話番号											
父 勤務先名											
父 勤務先電話番号											
母 携帯電話番号											
母 勤務先名											
母 勤務先電話番号											
その他	名前	続柄									
	電話番号										
その他	名前	続柄									
	電話番号										

※優先順位1番の時はすぐに繋がる番号にしてください。

# 災害時等連絡先

台風や地震等の災害時に園の休園・閉園が決定した際は、速やかにお子さんのお迎えに来ていただくよう保護者の方にお願ひすることになります。  
その為、その際のご連絡先のご記載をお願いいたします。

	氏名（続柄）	連絡先	電話番号
1	( )	自宅・携帯・勤務先	— —
2	( )	自宅・携帯・勤務先	— —
3	( )	自宅・携帯・勤務先	— —

## りんでんの家Web掲載に関するお知らせ

保護者の皆様にお子様の写真・動画をりんでんを家のホームページやSNS（インスタグラム）に掲載する為に了承をいただきたいと思ひます。

どうしてもお子様の写真・動画の掲載をご遠慮なされたい方は、担任までお知らせください。

園としましては、全体写真、集合写真、保育の様子等の掲載も考えておりますので、出来ましたら、ご協力をお願いいたします。

もちろん写真の掲載におきましては、細心の注意を払ひます。

どちらかに○印をお付けください。

Webにおける写真・動画の掲載を

・載せて良いです

・御遠慮します

遠慮される場合は理由をご記載ください。

令和 年 月 日

組 園児氏名

保護者氏名

# 乳幼児健康調査書

# 予防接種・感染・健診一覧

園児名				生年月日	平成 令和 年 月 日								
予防接種名				予防接種年月日(和暦)									
				初回	2回	3回	追加1回						
BCG	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
四種混合(D・P・T)(年齢によって異なる)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
日本脳炎	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
Hibワクチン	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
肺炎球菌ワクチン	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
MR(麻疹・風疹)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
水痘	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
B型肝炎	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
ロタウイルス	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/				
検診年月日(和暦)													
4ヶ月	H R	/	/	10ヶ月	H R	/	/	1歳半	H R	/	/		
3歳	H R	/	/	就学前	H R	/	/						
インフルエンザ予防接種年月日(和暦)													
クラス	1回目		2回目		クラス	1回目		2回目					
もも	H R	/	/	H R	/	/	うめ	H R	/	/			
ばら	H R	/	/	H R	/	/	きく	H R	/	/			
ふじ	H R	/	/	H R	/	/	ゆり	H R	/	/			
感染一覧年月日(和暦)													
感染症名	感染年月日		感染年月日		感染年月日		感染年月日		感染年月日				
突発性発疹	H R	/	/	H R	/	/							
りんご病(伝染性紅斑)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
手足口病	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
RSウイルス	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
感染症胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノウイルス等)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
溶連菌感染症	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
流行性嘔吐下痢症	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
ヘルパンギーナ	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
インフルエンザA	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
インフルエンザB	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
新型コロナウイルス感染症	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
咽頭結膜熱(プール熱)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
水痘(水ぼうそう)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
流行性角結膜炎	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
ヒトメタニューモ	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	H R	/	/	
その他病名 例:腸管出血性大腸菌感染症等													
	H R	/	/	H R	2	/	/	H R	/	/	H R	/	/
	H R	/	/	H R	2	/	/	H R	/	/	H R	/	/
	H R	/	/	H R	2	/	/	H R	/	/	H R	/	/

# 乳幼児健康調査書

保護者 確認日	新もも組	令和	年	月	日	新ばら組	令和	年	月	日
	新うめ組	令和	年	月	日	新きく組	令和	年	月	日
	新ふじ組	令和	年	月	日	新ゆり組	令和	年	月	日

園児名		生年月日	平成 令和	年	月	日	血液型	型
出生第 子	分娩	正常 ・ 異常( ) ・ 早産( 月)				出生体重	平熱	
	栄養	母乳 ・ 人工乳 ・ 混合栄養 ・ その他( )				g	度	

●過去の保育歴(保育園・託児所の在園期間等)をお書きください。

--

●体質的なもので該当するものがあれば○で囲んでください。

- 風邪をひきやすい
- 扁桃腺がはれやすい
- 口内炎がしやすい
- アトピー性皮膚炎
- ひきつけをおこしやすい
- ぜん息がおきやすい
- 嘔吐しやすい
- 鼻血が出やすい
- 湿疹が出やすい
- 便秘がちである
- 傷などが化膿しやすい
- 中耳炎になりやすい
- 脱臼しやすい(部位: \_\_\_\_\_)
- 薬や麻酔により本人、または家族(続柄: \_\_\_\_\_)がアレルギーを起こした事がある
- アレルギーがある(種類: \_\_\_\_\_)
- 熱性けいれんを起こした事がある (いつ H・R 年 月頃 体温 度以上)
- (いつ H・R 年 月頃 体温 度以上)
- (いつ H・R 年 月頃 体温 度以上)

●病歴等健康面や発達面で気になる点(重大な病気、過去に完治または通院中の病気等)があればお書きください。

--

●療育等で児童発達支援センターや児童発達支援事業所に通っている場合にお書きください。

- 事業所名 \_\_\_\_\_
- 通所開始年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_

入所園児のかかりつけの病院・医師	
<b>&lt;小児科&gt;</b> 病院名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____
<b>&lt;歯科&gt;</b> 病院名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____
<b>&lt;皮膚科&gt;</b> 病院名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____
<b>&lt;眼科&gt;</b> 病院名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____
<b>&lt;整形外科&gt;</b> 病院名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____
<b>&lt;耳鼻科&gt;</b> 病院名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____
<b>&lt;その他&gt;</b> 病院名 _____	電話番号 _____ - _____ - _____

# 登降園状況調査書

※りんでんの家では、時間延長型サービスを実施しております。

- ① 保育時間延長に伴う保育教諭の時間差配置がありますので、りんでんの家では園児の土曜日の登園状況を事前に把握させてもらっています。週によって登園する園児数が極端なので、給食・保育教諭の人員費の無駄を無くす為に導入しています。
- ② 保護者の皆さんのお仕事休みの曜日の記載をお願いします。お仕事休みの日は、家庭保育のご協力をお願いします。一日お子さんと一緒に過ごす日としていただけますと、子ども達が確実に変わり、園生活でも落ち着きが出てきます。保護者の方にしっかり関わってもらえることで子ども達は安心して保育園で過ごすことができます。お友達との関わりにおいても影響してくると思います。実際何人かの保護者の方もそれを実践されて、子どもさんの変化を実感されています。
- ③ 保護者の方が育児休暇中の場合は、土曜日は家庭保育のご協力をお願いします。

※国が推進している働き方改革で、園としても年休取得率を上げていくことが求められています。年休を取得させていただく職員や、土曜日に出勤できない職員がおります。家庭保育ができる時には、土曜日を問わず、家庭保育をしていただけますと、子ども達もしっかり休むことができますので、家庭保育のご協力をお願いします。

全員登降園の状況調査を提出してください。

組	園児氏名	
	父	母
勤務先名		
通勤時間	時間 分	時間 分
勤務時間(平日)	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分
勤務時間(土曜)	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分
仕事休み	月・火・水・木・金・土・日・不定休	月・火・水・木・金・土・日・不定休
希望時間(平日)	登園( 時 分)	降園( 時 分)
希望時間(土曜)	登園( 時 分)	降園( 時 分)

# 送迎者確認票

※園児の安全管理の為、送迎される方を把握したいと考えております。  
送迎される可能性のある方の写真を下の欄に貼り付けてください。  
写真にない方が迎えに来られる場合は、必ずご連絡をお願いします。

保護者 確認日	新もも組	令和	年	月	日
	新うめ組	令和	年	月	日
	新ふじ組	令和	年	月	日
	新ばら組	令和	年	月	日
	新きく組	令和	年	月	日
	新ゆり組	令和	年	月	日

組	園児氏名
<p>保護者や、送迎をされる方の写真を 園児との続柄と名前を記入して、貼ってください。 (切り貼りでも結構です)</p> <h2 style="text-align: center;">写 真 添 付</h2>	
<p>・該当する項目に○を付けてください。</p> <p>A 写真に載っている人には渡して良いです。</p> <p>B 父・母以外のお迎えの時は園に連絡を入れます。</p> <p>C 母以外のお迎えの時は園に連絡を入れます。</p> <p>D 父以外のお迎えの時は園に連絡を入れます。</p>	(備考)