

ChaCha Children Daikanyama  
施設長殿

## 重要事項説明確認書（利用者同意書）

私は、重要事項説明書について説明を受け、あらかじめ、  
ChaCha children daikanyama の特定教育・保育の提供の開始について  
同意いたしました。

年 月 日

保護者住所：

保護者氏名：

印

児童氏名：

児童から見た続柄：

# 児童健康台帳

記載日 令和 年 月 日 / 入園年月日 令和 年 月 日

(ふりがな) 児童名			性別	生年月日	
			男・女	年 月 日	
住所	〒		電話 ( )		
出生時	体重 身長	g cm	在胎週	週	出生時の問題 無・有 ( )
◆定期予防接種記録			◆子どもの体質チェック表		
種類	接種年月日		急性・慢性中耳炎	(右・左)	
ヒブ 1回目	年 月 日		滲出性中耳炎	(右・左)	
ヒブ 2回目	年 月 日		難聴	(右・左)	
ヒブ 3回目	年 月 日		弱視	(右・左)	
ヒブ 追加	年 月 日		肘内障	(右・左)	
小児用肺炎球菌 1回目	年 月 日		けいれん	熱性けいれん・その他( )	
小児用肺炎球菌 2回目	年 月 日		心臓病		
小児用肺炎球菌 3回目	年 月 日		喘息	歳発症	
小児用肺炎球菌 追加	年 月 日		アレルギー		
3種・4種・5種混合 1回目	年 月 日		アトピー性皮膚炎		
3種・4種・5種混合 2回目	年 月 日		アレルギー性鼻炎		
3種・4種・5種混合 3回目	年 月 日		花粉症		
3種・4種・5種混合 追加	年 月 日				
※↑該当の種類を○で囲んでください			◆今までにかかった病気		
BCG	年 月 日		麻疹	年 月	
麻しん・風しん混合(MR) I期	年 月 日		風疹	年 月	
麻しん・風しん混合(MR) II期	年 月 日		流行性耳下腺炎	年 月	
水痘(みずぼうそう) 1回目	年 月 日		水痘	年 月	
水痘(みずぼうそう) 2回目	年 月 日		突発性発疹	年 月	
日本脳炎 I期 1回目	年 月 日		溶連菌感染症	年 月	
日本脳炎 I期 2回目	年 月 日			年 月	
日本脳炎 I期 追加	年 月 日			年 月	
流行性耳下腺炎 1回	年 月 日			年 月	
流行性耳下腺炎 2回	年 月 日			年 月	
日本脳炎 I期 追加	年 月 日		◆特記事項		
B型肝炎 1回目	年 月 日		※入院の有無(日時と病名、入院期間)、また普段服薬しているお薬や外用薬等あれば、ご記入ください。		
B型肝炎 2回目	年 月 日				
B型肝炎 3回目	年 月 日				
B型肝炎 追加	年 月 日				
日本脳炎 I期 追加	年 月 日				
日本脳炎 I期 追加	年 月 日				
日本脳炎 I期 追加	年 月 日				
ロタ 1回目	年 月 日				
ロタ 2回目	年 月 日				
ロタ 3回目	年 月 日				
インフルエンザ			◆区・保健所等での健康診断実施状況		
0歳	年 月 日	年 月 日	3.4か月健診	済・未( )	
1歳	年 月 日	年 月 日	1歳6か月健診	済・未( )	
2歳	年 月 日	年 月 日	3歳健診	済・未( )	
3歳	年 月 日	年 月 日	※健診での指摘事項があれば、カッコ内に記載		
4歳	年 月 日	年 月 日			
5歳	年 月 日	年 月 日			
(その他)	年 月 日	年 月 日			
(その他)	年 月 日	年 月 日			



2024年度 災害時緊急連絡票 園外持出用 記入日:

園児名	ふりがな 平・令 年 月 日生		
自宅住所/電話番号	〒 - 自宅電話番号( )		
保険証	保険者番号(8桁)	記号(8桁)	番号(4桁)
	枝番(2桁)	資格取得: 年 月	
乳児医療証	公費負担番号(8桁)	受給者番号(7桁)	

※災害時等緊急のお迎え依頼の連絡優先順に記入してください

連絡者	ご連絡先				
ふりがな 氏名:	勤務先の名称	勤務時間: ~		備考 (仕事用携帯電話番号など)	
	勤務先所在地				
	続柄:	勤務先電話番号 ( )	最寄駅:		
	携帯電話:	園までの所要時間	<input type="checkbox"/> 公共機関を利用した場合: 時間 分 <input type="checkbox"/> 災害時等 徒歩の場合: 時間 分(距離 Km)		
ふりがな 氏名:	勤務先の名称	勤務時間: ~		備考 (仕事用携帯電話番号など)	
	勤務先所在地				
	続柄:	勤務先電話番号 ( )	最寄駅:		
	携帯電話:	園までの所要時間	<input type="checkbox"/> 公共機関を利用した場合: 時間 分 <input type="checkbox"/> 災害時等 徒歩の場合: 時間 分(距離 Km)		
ふりがな 氏名:	勤務先の名称 (自宅の場合は自宅と記入下さい)	勤務時間: ~		備考 (仕事用携帯電話番号など)	
	所在地				
	続柄:	電話番号 ( )	最寄駅:		
	携帯電話:	園までの所要時間	<input type="checkbox"/> 公共機関を利用した場合: 時間 分 <input type="checkbox"/> 災害時等 徒歩の場合: 時間 分(距離 Km)		

『災害時にお迎えに来る可能性のある方』

~緊急時引き渡しカードへもご記入ください~

ふりがな 氏名	例) ちゃちゃ 茶々 太郎	続柄: 叔父	S54年 4月1日生	現住地: 埼玉県入間市	備考: 子どもは顔知ってます
ふりがな 氏名		続柄:	年 月 日生	現住地:	備考:
ふりがな 氏名		続柄:	年 月 日生	現住地:	備考:
ふりがな 氏名		続柄:	年 月 日生	現住地:	備考:
ふりがな 氏名		続柄:	年 月 日生	現住地:	備考:

『災害時にお迎えに来る可能性のある方』記載時の注意とお願い

- ・大規模地震などの発生時、交通・通信機能の乱れによってご両親と園との連絡が困難となる事が予想されます。
- ・万が一ご連絡先に記入頂いてます方と連絡が取れない場合でも、その方がお迎えにいらした際にはお子さんを受け渡してもよいという方を複数名ご検討頂き、ご記入下さい。
- ・尚、園では保護者のお迎えが来るまでお子さんをお預かりする事を原則としておりますが、数日に渡り保護者のお迎えがない場合も可能性としてございます。あらゆる場合を考慮し必ずどなたかお迎え可能な方を確保頂きます様、ご協力お願いします。(例: 親戚、ご友人、近所の方等)

### 個人情報使用同意書

私は、特定教育・保育の提供に際して、利用児童及びその保護者等に係る個人情報について、以下の目的のために、必要最小限の範囲内において使用することに同意します。

◆園児への保育サービスの提供に必要な利用目的

(1) 保育サービス

延長保育事業、休日保育事業、保育所体験事業、地域交流活動事業、  
実習生、ボランティアの受入れ、園内見学

(2) 管理運営業務

(ア)入退園、登降園、および保育の管理

入園関係書類、延長保育事業利用申込書、土曜保育申込書、児童票、  
出席簿、保育指導計画、個別成長記録、身体測定記録、健康診断記録、  
家庭調査票、アレルギー等調査票、離乳食調査票、苦情受付等々の記録、  
識別のための名札(ロッカー、下駄箱、ウォールポケット等)、写真および作品展  
示、各おたより及び関係紙、渋谷区未就学児通所施設巡回訪問相談支援事  
業、児童相談所・教育相談所・ケース会議等への情報提供、外部監査機関、  
サービス評価機関への情報提供、小学校・移籍先への要録等の情報提供、  
業者による写真や動画の撮影及び販売、コドモン

(イ)会計・経理の集計

延長保育料、雑費等請求時のコドモン・enpay

(ウ)事故等の報告

独立行政法人日本スポーツセンター、全国私立保育園連盟保険制度、  
医療機関

(3) 上記以外の利用目的

○:同意します    ×:同意しません    どちらかを□内にご記入ください。

	① インターネット(ホームページ)への写真掲載
	② 当法人内の採用活動や研究発表、あるいは研修等 で写真や動画等を使用する事
	③ 法人 SNS での情報発信
	④ テレビ、新聞、雑誌、ウェブなどメディア取材時のお子 様の画像・動画の掲載および発信

(西暦)    年    月    日

クラス名

園児名

保護者名