

園児情報登録届（日曜・祝日）

お子様のお名前	(ふりがな)		性別	
生年月日	年 月 日			
現在在籍の保育園 ※当てはまる保育園の□に チェックを入れて園名を記載	<input type="checkbox"/> 渋谷区立保育園 <input type="checkbox"/> 渋谷区認可保育園 <input type="checkbox"/> 渋谷区地域型保育事業利用者 <input type="checkbox"/> その他 ※「その他」の場合は、休日保育の利用対象外となる可能性があります。 【園名】 在籍園 確認者			
※提出前に在園園に右記への 記入を依頼してください。	在籍園 確認者	確認日		年 月 日
自宅住所	〒	—		
電話番号（ご自宅）				

【保護者情報】 **※緊急時の連絡等にも利用いたします。**

保護者①

お名前	(ふりがな)		続柄	
電話番号	携帯	勤務先		
勤務先名称				
勤務先住所	〒	—		

保護者②

お名前	(ふりがな)		続柄	
電話番号	携帯	勤務先		
勤務先名称				
勤務先住所	〒	—		

●提出先

〒150-0021 渋谷区恵比寿西2-13-5 ChaCha Children Daikanyama

※持参提出の場合はあらかじめご連絡の上、ご来園ください。受付時間…月～金（10:00～17:00）

●園記入欄

初回利用日	受取日
-------	-----

2026/01/09 改訂

お子さまの生活について（0～2歳児向け）

記入日	20 年 月 日	記入者名			続柄	
お子さま名前	※ご家庭での呼び方		平熱	Web申請時のとおり（記入不要）		

現在の保育時間		曜日	月	火	水	木	金	土	
		時間	:	～			:		
食事	ミルクについて	母乳	人工乳	混合乳					
		商品名（ ）メーカー（ ）乳首サイズ（S/M/L/Y）メーカー（ ）							
		時間おきに 回							
	離乳食	時	時	時	1回の量		CC		
		完了している		完了していない	(初期	中期	後期)		
睡眠	食事のようす	普段の食事内容（ ）							
		好きな食べ物（ ）	嫌いな食べ物（ ）						
	スプーンやフォーク	使う	使わない						
	箸	使う	使わない						
	自分で	食べようとする	食べようとしない						
その他									
排泄	寝る時のくせ	添い寝	抱っこ	おんぶ	うつ伏せ寝	仰向けで			
		その他（ ）							
	寝つき・寝起き	寝つき	よい	普通	悪い	寝起き	よい	普通	悪い
									（ ）
	トレーニング状況	排尿	頻度	一日	回くらい	間隔	時間ごと		
量			多い	少ない					
便の状態・便通		かたい	ふつう	やわらかい	便秘しやすい	下痢しやすい			
		トレーニングを	始めている	始めていない					
		トイレに行くことを怖がる	大人と一緒にに行く			ひとりで行く			
尿意・便意を	伝える	伝えない							
その他									

お子さまの1日のようす（睡眠や食事の時間など）を簡単にご記入ください。

5時	6	9	12	15	18	21	24								
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															
記入例 すいみん															

乳児対象

性格 など	性格	
	好きな遊び	
	その他	

予防接種の実施歴

種類		予防接種 実施年月日								
ワクチン	種類	第1回		第2回		第3回		第4回		
BCG	生	年	月	日	年	月	日			
MR	生	年	月	日	年	月	日			
水痘	生	年	月	日	年	月	日			
おたふくかぜ	生	年	月	日	年	月	日			
ロタウイルス	生	年	月	日	年	月	日	年	月	
日本脳炎	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
三種混合	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
四種混合	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
インフルエンザ菌B型（ヒブ）	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
肺炎球菌	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
ポリオ	生	年	月	日	年	月	日	年	月	
B型肝炎	不活化	年	月	日	年	月	日	感染症の記録		
インフル エンザ	任意 不活化	0歳	年	月	日	年	月	日	麻疹	歳 ヶ月
		1歳	年	月	日	年	月	日	風疹	歳 ヶ月
		2歳	年	月	日	年	月	日	水痘	歳 ヶ月
		3歳	年	月	日	年	月	日	流行性耳下腺炎	歳 ヶ月
		4歳	年	月	日	年	月	日	発性発疹	歳 ヶ月
		5歳	年	月	日	年	月	日		歳 ヶ月

アレルギー ※「有」の場合は、「生活管理指導表」（医療機関が発行）の提出が必要です。

食物アレルギー	無	有（内容）)
その他のアレルギー	無	有（内容）)

病気・けがなど（保育中に特別な配慮が必要なこと 例 熱性けいれん、骨折、脱臼、ひきつけ他）

無	有	※発生時期や頻度など具体的に記入
---	---	------------------

他、お子さまの健康や発達状況等に関して、気になることがありましたらご記入ください。

--

お子さまの生活について（3～5歳児）

記入日	20 年 月 日	記入者名			続柄	
お子さま名前		※ご家庭での呼び方		平熱	Web申請時のとおり（記入不要）	

現在の保育時間		曜日	月	火	水	木	金	土	
		時間	:	～			:		
食事	回数	1日	回	時	時	時	()	分程度	
	内容	箸	使う	使わない	好きなもの（	）嫌いなもの（）			
	その他	普段の食事							
睡眠	寝る時のくせ	※寝つき、姿勢など							
	その他								
排泄	トイレ	トイレに行くことを怖がる			大人と一緒にに行く	1人でトイレに行く			
	その他								
	排尿	ひとりで	できる	できない					
		家庭での介助方法	()					
		排尿間隔	とおい	近い	普通				
		おもらし	する	しない					
		おねしょ	する	しない					
	排便	ひとりで	できる	できない					
		家庭での介助方法	()					
		回数	一日	回くらい					
		おもらし	する	しない					
		おねしょ	よくする	時々する	疲れた時にする	しない			
		便通の状態	便秘しやすい	普通	下痢しやすい				
	その他								

お子さまの1日のようす（睡眠や食事の時間など）を簡単にご記入ください。

5時	6	9	12	15	18	21	24

記入例 すいみん ← →

幼児対象 性格 など	性格	
	好きな遊び	
	その他	

予防接種の実施歴

種類		予防接種 実施年月日								
ワクチン	種類	第1回		第2回		第3回		第4回		
BCG	生	年	月	日	年	月	日			
MR	生	年	月	日	年	月	日			
水痘	生	年	月	日	年	月	日			
おたふくかぜ	生	年	月	日	年	月	日			
ロタウイルス	生	年	月	日	年	月	日	年	月	
日本脳炎	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
三種混合	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
四種混合	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
インフルエンザ菌B型（ヒブ）	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
肺炎球菌	不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	
ポリオ	生	年	月	日	年	月	日	年	月	
B型肝炎	不活化	年	月	日	年	月	日	感染症の記録		
インフル エンザ	任意 不活化	0歳	年	月	日	年	月	日	麻疹	歳 ケ月
		1歳	年	月	日	年	月	日	風疹	歳 ケ月
		2歳	年	月	日	年	月	日	水痘	歳 ケ月
		3歳	年	月	日	年	月	日	流行性耳下腺炎	歳 ケ月
		4歳	年	月	日	年	月	日	突発性発疹	歳 ケ月
		5歳	年	月	日	年	月	日		歳 ケ月

アレルギー ※「有」の場合は、「生活管理指導表」（医療機関が発行）の提出が必要です。

食物アレルギー	無	有（内容）)
その他のアレルギー	無	有（内容）)

病気・けがなど（保育中に特別な配慮が必要なこと 例 熱性けいれん、骨折、脱臼、ひきつけ他）

無	有	※発生時期や頻度など具体的に記入
---	---	------------------

他、お子さまの健康や発達状況等に関して、気になることがありましたらご記入ください。

各種書類の確認と同意書の提出について

社会福祉法人 ChaCha Children & Co.
ChaCha Children Daikanyama

お子さまが休日保育をご利用いただくにあたり、当会保育園が定めました「休日保育のご案内」「休日保育のご利用規約」「個人情報の取り扱いについて」のご確認をお願いいたします。内容についてご理解・ご確認いただきましたら、こちらの書面にご署名の上、同意書としてご提出ください。

1. 休日保育のご案内

2. 休日保育のご利用規約

3.個人情報の取扱いについて

上記1~3の書類について確認し、内容に関してすべて同意いたします。

西曆 年 月 日

保護者氏名

園児氏名

使用食材および食品に関する確認表

- ご利用者は年齢にいかわらず、全員提出してください。
- 食べたことがあるものに、○印をつけてください。
- 離乳食の方は、区分(初期・中期/後期・完了期)内の食材すべてに○が付かないと、その区分の食事提供ができません。普通食の場合は、表内のすべてに○が付かないと提供ができません。
※食物アレルギーがある場合は、その食品に○が付かなくても構いません。(アレルギー指導表を合わせて提出)
- 普通食の方は、表内すべての食材に○が付かないと、普通食提供ができませんのでご注意ください。

名前 (男・女) 西暦 年 月 日生

離乳開始日 西暦 年 月 日(生後 ヶ月) ※離乳食のお子様の場合に記入

初期	中期・後期		完了期	
主 食				
おもゆ	おかゆ	ごはん	スパゲッティ	
つぶしがゆ	うどん	パン	やきそば麺	
野 菜・海 藻				
じゃがいも	たまねぎ	ピーマン	もやし	
かぼちゃ	いんげん	とうもろこし(コーン缶でも可)	しめじ	
にんじん	トマト(皮むく)	長ねぎ	えのき	
キャベツ	お麩	万能ねぎ	しいたけ	
大根	バナナ	わかめ	しょうが	
さつまいも		ひじき	にんにく	
ほうれん草		青のり	レーズン	
小松菜		焼きのり		
魚・肉				
	鶏肉	豚肉	ツナ缶	
		ウインナー	納豆	
		ベーコン		
調味料など				
麦茶	煮干しだし	砂糖	カレー粉	
野菜だし	かつおだし	ケチャップ	コンソメ	
昆布だし	みそ	酒(煮きる)	和風だしの素	
	醤油	みりん(煮きる)	中華だしの素	
	塩	ウスターソース	ガラスープの素	
	片栗粉	中濃ソース		
		ごま	既製品	
		塩昆布	せんべい	
		小麦粉	ビスケット	
		サラダ油	クラッカー	
		オリーブ油	ゼリー	
		ごま油	菓子パン	
			カステラ	
			バウムクーヘン	

日曜・祝日 就労証明書

西暦 年 月 日

社会福祉法人 ChaCha Children & Co.

ChaCha Children Daikanyama 園長 殿

下記の事項について事実と相違ないことを証明致します。

事業所名 _____

所 在 地 _____

代表者名 _____ 印

電話番号 _____

氏名 (労働者)					
住所 (労働者)					
勤務先所在地					
日曜祝日勤務形態	1か月に			回	
日曜祝日勤務時間	時	分から	時	分まで	(実働 時間)
仕事の内容 (概要)					
その他特記事項 あれば					

※日曜祝日に勤務が生じることを証明する内容であれば、就労証明書は当園書式ではなく、他の書式<勤務先発行のものや渋谷区宛（大都市向け標準的様式）のものなど>でも構いません。渋谷区宛は在籍している保育園に提出したものの写しでも構いませんが、利用年度内（4～3月）発行のものとさせていただきます。

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）

詩名錄

提出日 年 月 日

緊急連絡
★保護者
電話：
★連絡醫療機關
醫療機關名：

病型・治療		保育所での生活上の留意点	
A. 食物アレルギー病型		A. 給食・離乳食	記載日 年 月 日
1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎		1. 管理不要	医師名
2. 即時型		2. 管理必要(管理内容については、病型・治療のC.欄及び下記C. E欄を参照)	
3. その他 (新生兒・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アレルギー・その他:)		B. アレルギー用調整粉乳	医療機関名
B. アナフィラキシー病型		1. 不要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルキーHP・ニューMA-1・MA-mi・ベブティエット・エレメンタルフォーミュラ その他()	電話
1. 食物 (原因: 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・その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他: 昆虫・動物の皮膚や毛)		C. 原因食品・除去根拠	
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他(昆虫・動物の皮膚や毛)		該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載	
1. 鶏卵	《 》	【除去根拠】	
2. 牛乳・乳製品	《 》	該当するもの全てを《 》内に番号を記	
3. 小麦	《 》	①明らかに症状の既往	
4. ソバ	《 》	②食物負荷試験陽性	
5. ピーナッツ	《 》	③IgE抗体等検査結果陽性	
6. 大豆	《 》		
7. コマ	《 》		
8. ナッツ類*	《 》		
9. 甲殻類*	《 》		
10. 軟体類・貝類*	《 》		
11. 魚類*	《 》		
12. 肉類*	《 》		
13. 肉類*	《 》		
14. 果物類*	《 》		
15. その他()	()	「*」()の中の該当する項目に○をし、かつ具体的に記載すること	
D. 緊急時に備えた処方箋		D. 食物・食材を扱う活動	
1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)		1. 管理不要	
2. アドレナリン自己注射薬(エピペン®)		2. 原因食材を教科とする活動の制限()	
3. その他()		3. 調理活動時の制限()	
4. その他()		4. その他()	

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・ 同意する
・ 同意しない

保護者氏名

登園許可書

ChaCha Children Daikanyama 施設長殿

児童名 _____

月 日より登園を許可します

備考

年 月 日

医療機関名

医師名

印

*診断名に○をお願いします。

病名	登園のめやす	病名	登園のめやす
インフルエンザ	発症した後 5 日間を経過し、かつ、解熱後 3 日を経過するまで	流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失してから
百日咳	特有の咳が消失するまで又は 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで	急性出血性結膜炎	医師が感染の恐れがないと判断してから
麻疹（はしか）	解熱した後 3 日を経過するまで	溶連菌感染症	解熱し抗菌剤内服後 1 日を経過していること
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、頸下腺又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になるまで	感染性胃腸炎 ノロウイルス ロタウイルス アデノウイルス等	嘔吐下痢等の症状が治まり普段の食事が摂れること
風疹（三日はしか）	発しんが消失するまで	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により、医師が感染の恐れがないと認めるまで
水痘（水ぼうそう） 帯状疱疹	すべての発しんが痂皮化するまで	新型コロナウイルス 感染症	発症した後 5 日間を経過し、かつ、症状が軽快した後 1 日を経過するまで
咽頭結膜熱（プール熱）	主な症状が消失して 2 日を経過するまで	その他	
腸管出血性大腸菌感染症（O-157 等）	医師が感染の恐れがないと判断してから		