

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。			
※提出前に在園園に右記への 記入を依頼してください。	【園名】			
	在籍園 確認者		確認日	年 月 日
自宅住所	〒 ー			
電話番号（ご自宅）				

【保護者情報】 ※緊急時のご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	〒 ー			

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	〒 ー			

●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
-------	-----

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					
		時	時	時	1回の量		CC		
	離乳食	完了している		完了していない		（初期 中期 後期）			
	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								
	睡眠	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
その他									
排泄	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
	トレーニング状況	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			大人と一緒にいく		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

記入例 すいみん

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			
日本脳炎		不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	日
三種混合		不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	日
四種混合		不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	日
インフルエンザ菌B型（ヒブ）		不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	日
肺炎球菌		不活化	年	月	日	年	月	日	年	月	日
ポリオ		生	年	月	日	年	月	日	年	月	日
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。

幼児対象

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（ ）						
		普段の食事						
	その他							
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 大人と一緒にいく 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			
日本脳炎	不活化	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
三種混合	不活化	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
四種混合	不活化	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
インフルエンザ菌B型（ヒブ）	不活化	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
肺炎球菌	不活化	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
ポリオ	生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
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	突発性発疹	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。

--

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。

西暦 年 月 日

保護者氏名 _____

園児氏名 _____

- 離乳開始日 西暦 年 月 日(生後 ケ月) ※離乳食のお子様の場合に記入

2023.03.14改訂

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。

(参考様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)
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)

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ケ月) _____ 組 _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 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子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先
★保護者 電話: _____
★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____

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 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 (新生児・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ナフィラキシー・その他: _____)		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 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)	
B. アナフィラキシー病型 1. 食物 (原因: _____) 2. その他 (医薬品・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・動物のツケや毛)		B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 2. 必要 ミルクハイ・HP・ニューMA-1・MA-mi・ベブデイエット・エリメンタルフォーミュラ その他(_____)	
C. 原因食品・除去根拠 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 《 》 該当するものを全てを《 》内に番号を記載 3. 小麦 《 》 ①明らかに症状の既往 4. ソバ 《 》 ②食物負荷試験陰性 5. ビーナッツ 《 》 ③低抗体検査結果陽性 6. 大豆 《 》 7. コア 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・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. その他 _____		C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. コア: 大豆油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス	
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アトリン自己注射薬「エビペン®」 3. その他(_____)		D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限 (_____) 3. 調理活動時の制限 (_____) 4. その他 (_____)	
E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)			

● 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、顎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		