

個人情報の取り扱いについて

リトルナッツ保育園 病児・病後児保育室
園長 高原久美

平成17年4月1日に施行された「個人情報保護法」に基づき、在園開始に伴ってお預かりした個人情報は以下の利用目的で利用させて頂いておりますので、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。今後とも法律を遵守し、個人情報を適切に保護・管理してまいります。つきましては、以下の利用目的をご理解いただき、同意書にご記入のうえご提出ください。

【利用目的】

1. 事故等の内部管理
2. 会計・経理・事務等への掲載
3. 費用の請求及び収受に関する掲載
4. 病児・病後児室利用時の個人情報の共有
5. 企業主導型保育施設として公益財団法人児童育成協会に対する助成金申請、指導監査等への対応、地方公共団体における保育に係る実態把握等

個人情報に関する同意書

下記のいずれかに○をつけて提出をお願い致します。

(注:上記に同意しなかったことであなたが不利益な取り扱いを受けることはありません)

1. 【利用目的】にすべて同意できる。
2. 同意できない【利用目的】がある。

番号

理由

年 月 日

児童氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

記入日: 年 月 日

児童の記録(初回のみ記入)

氏名: 生年月日: 年 月 日 年齢: 歳 カ月

1. 新生児期

出生時の異常	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()
発育・発達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 健診・通園施設で指摘あり
		※指摘内容()

2. 成長・発達・定期健診結果

・お座り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	・一人歩き	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
・言葉の理解	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
・言葉の発音	<input type="checkbox"/> はっきりしている	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい			
定期健診時の異常	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
		※健診年齢(歳 カ月)			
		指導内容()			
		健診年齢(歳 カ月)			
		指導内容()			
※その他、気になることがあればお書きください。					

3. 予防接種

ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	BCG	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	MR	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
四種混合	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
ロタ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	水痘	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期		

4. かかった病気

<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん
<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 発達障害
<input type="checkbox"/> その他()		

熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	回 / 年 月 日 (回数 / 最終日)
座薬の指示/使用体温	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> ℃以上)
喘息・喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> 継続治療中	<input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ	
吸入薬使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
食物アレルギー原因食品	()	
食物以外のアレルギー	()	
※注意事項	()	
てんかん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 治療中
最終発作日	()	
その他かかった病気	[]		
入院歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	[]
常時内服している薬	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	[]
常時使用している 軟膏・吸入薬	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	[]

5.生活習慣

食事	<ミルク> 授乳時間(時間ごと) 授乳量(ml)
	授乳回数(回/日)
	<離乳食> <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 離乳食回数(回/日)
	<摂取状況> <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 自分で食べれない
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立
	<尿意・便意> <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせないが自覚している <input type="checkbox"/> 知らせない・まだわからない
睡眠	<午睡> <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(時間)
	<寝つき> <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 寝るときの習慣()
その他	家庭での呼び名()
	好きな遊び() 好きな玩具()
※家庭で気をつけていること・気をつけてほしいことなどあればお書きください。	

児童家庭調書

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生		
児童氏名①			血液型	型 (+・-)	平熱	°C
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生		
児童氏名②			血液型	型 (+・-)	平熱	°C
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生		
児童氏名③			血液型	型 (+・-)	平熱	°C
住所	〒					
電話番号	() -					
住所変更時						
住所変更時						

家族及び同居人（児童本人を除く）			
氏名	続柄	生年月日	職業

緊急時連絡先 <small>(連絡のつきやすい順に記入してください)</small>	①氏名： 続柄 ()	勤務先： 勤務先TEL：
		携帯または自宅：
	②氏名： 続柄 ()	勤務先： 勤務先TEL：
		携帯または自宅：
	③氏名： 続柄 ()	勤務先： 勤務先TEL：
		携帯または自宅：
<<緊急時連絡先 優先順位>> 母携帯 () 母勤務先 () 父携帯 () 父勤務先 () 保護者以外 ()		

かかりつけ 病(医)院	病(医)院 () 科) TEL：
	病(医)院 () 科) TEL：
	病(医)院 () 科) TEL：

病後児保育室利用登録申込書

年 月 日

リトルナッツ保育園付属病後児保育室 様

登録者氏名（保護者）

住 所

電話番号（連絡がつかない番号）

リトルナッツ保育園付属病後児保育室の利用登録を次のとおり申し込みます。

ふりがな		加入している健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他()
児童氏名			記号番号 保険者番号
生年月日	年 月 日 生	所属	
年齢	歳 か月		(保育所(園) ・ 幼稚園 ・ こども園) (小学校 ・ 家庭 ・ その他)

病児保育利用登録申込書

年 月 日

リトルナッツ保育園付属病児保育室 様

登録者氏名（保護者）

住 所

電話番号（連絡がとれやすい番号）

リトルナッツ保育園付属病児保育室の利用登録を次のとおり申し込みます。

ふりがな		加入している健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他()
児童氏名			記号番号 保険者番号
生年月日	年 月 日 生	所属	
年齢	歳 か月		(保育所(園) ・ 幼稚園 ・ こども園) (小学校 ・ 家庭 ・ その他)

リトルナッツ保育園 病児・病後児保育室利用に際しての同意書

病児・病後児保育室は、病気のお子様を預かる施設であり、以下の内容をご理解頂けた方のみ利用できます。下記の内容に同意頂けましたら□に✓記入をお願い致します。

病児・病後児保育について

- 病児・病後児保育室の目的は保育であり、病気の治療はしていません。
当園は病院併設施設ではない為、必ず医療機関を受診し、「医師連絡票」を記入してもらってください。医師連絡票がない場合はご利用になれません。
- 病児・病後児保育室では様々な感染症のお子様を同時にお預かりすることがあります。
医師の指示に基づき、隔離が必要な感染症は個室に隔離し、そうでない疾患は手洗い・手指消毒などの感染予防策をとります。
感染予防策を講じた上での利用児童相互間の感染についてはご了承ください。

当日の利用について

- お迎えは時間厳守でお願いします。
保育時間は17時までとなりますが、やむを得ない場合に限り17時30分まで延長可能ですのでご相談下さい。その際、**延長料金 300 円**頂きます。延長時間は17時30分までとなります。
- 交通状態などでやむを得ず遅れる場合は必ず病児・病後児保育室までご連絡ください。
連絡なしでの遅刻や、17時30分を過ぎてのお迎えが続くなど上記規約をお守り頂けない場合は、以降のご利用をお断りさせて頂く場合もあります。
- 当日キャンセルされる場合は必ず**朝8時～8時30分**までにご連絡ください。
(病児・病後児保育室 082-424-8667)
- 持ち物について
紛失・破損の恐れがある為、ゲーム機・携帯電話などの電子機器は原則持ち込み不可となります。
持ち込みがあった場合の紛失・破損については、一切責任は負えませんのでご理解頂きますようお願い致します。

お預かりできないケースについて

- 病児保育室 3 名・病後児保育室 3 名ご利用できますが、感染症の種類等により定員までお受けできない場合があります。
- 受け入れ困難な症状については別紙「病児・病後児保育しおり」をご参照ください。

緊急時の対応について

- 保育中にお子様の体調が急に悪化した場合、保護者様に連絡させていただきますので、利用中は連絡が取れるようお願い致します。万が一緊急を要する場合、保護者様に連絡がつかなくても、こちらの判断で医療機関に受診、または救急搬送させて頂く場合があります。

その他

- 下記のような行為を繰り返される利用者様につきましては、利用をお断りさせていただきます。
 - ・予約当日無断キャンセルをする
 - ・お預かり中に保護者様に連絡がつかない
 - ・ご利用料金を支払っていただけない
 - ・その他病児・病後児保育室の円滑な運営を妨げる行為をする

以上の内容を十分理解しましたので同意します。

_____年 月 日

保護者署名 _____

(お子様のお名前: _____)