

## 保育園利用に関する個人情報提供同意書

社会福祉法人天光会 みどりが丘保育園(以下「当園」という)では、保育園の利用に際しご提出いただいた園児および保護者等の個人情報の管理に適切な安全対策を講じるものとします。つきましては利用手続き、面談、当園の運営管理上を利用目的として保護者の方から提供していただく個人情報について下記の通りご案内申し上げますので、内容に同意いただける場合は、署名・捺印をしてご提出ください。

### 1. 取得及び利用目的

当園の利用をご希望される園児および保護者の氏名、年齢、住所、連絡先(電話番号、メールアドレス等)の個人を認識できる情報や、保護者の勤務先、園児の出生後の発達の状態(母子手帳、健康診断書等)に関する情報を取得します。取得の目的は、利用手続き、緊急連絡、園児の健康管理、保育サービスの運営管理業務に利用し、それ以外の目的での利用はいたしません。

### 2. 預託・提供

当園は、法令で定める場合(所轄官庁への運営状況の報告、警察の捜査協力、園児の生命や身体にかかわる緊急・重大な場合など)を除き、上記1で取得した情報を利用目的の範囲を超えて、その情報を提供していただいた個人情報を第三者への提供や預託はいたしません。

### 3. 情報の開示・訂正・削除

当園管理する個人データについてお問い合わせいただいた際、当該個人情報の所有者であるご本人からのお問合せであることを確認したうえで、当園の運営管理に支障をきたさない合理的な範囲内で保有している個人データについてのお問い合わせに応じるものとします。また、個人情報の開示のご要望につきましては、文書にて対応するものとします。

### 4. 個人情報の管理

入園のご応募やお手続きのためにご提供いただいた個人情報は、当園をご利用するに当たり継続的に取得する個人情報(保護者と職員の連絡情報を含む)につきましては、当園にて安全管理いたします。卒園・転園をされたお子さまの個人情報については法令に定める期間を保管したのち、当園で責任を持って廃棄いたします。また、一部の園児の記録・作品については「おもいで」として保護者へ返却することがあります。

### 5. 個人情報提供の任意性

当園への個人情報の提供は任意としております。ただし個人情報をご提供いただけない場合は、当園のご利用をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

社会福祉法人天光会

みどりが丘保育園 御中

令和 年 月 日

園児氏名

保護者氏名

続柄

登録番号

病後児保育登録票

年 月 日

みどりが丘保育園園長 様

住所

保護者氏名

印

電話番号

病後児保育の登録をしたいのでみどりが丘保育園病後児保育事業運営要綱第6条1項の規定により次のとおり提出します。

|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|--------------------|---------|-----------------------------|---------|---|------------------|-----------------------|-----------------------|---|----|
| 登録児                | 登録児氏名   |                             |         |   | お子さんの愛称          |                       |                       |   |    |
|                    | 生年月日    | 年                           | 月       | 日 | 性別               | 男・女                   | 年齢                    | 歳 | ヶ月 |
|                    | 自宅住所    | (〒      )                   |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    |         | 自宅電話番号 (      )             |         |   | 自宅FAX番号 (      ) |                       |                       |   |    |
|                    | 通園(学)施設 | (      ) 保育園・託児所・幼稚園・小学校・なし |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    | かかりつけ医  | (      ) 医院・病院 (      ) 先生  |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    | 保険証番号   |                             |         |   | 乳幼児医療受給者証番号      |                       |                       |   |    |
| 保護者                | 保護者氏名   | 携帯電話番号 (      )             |         |   | 続柄               | 父・母・祖父・祖母・その他(      ) |                       |   |    |
|                    | 保護者氏名   | 携帯電話番号 (      )             |         |   | 続柄               | 父・母・祖父・祖母・その他(      ) |                       |   |    |
| 緊急連絡先              | 第1連絡先   | 氏名                          |         |   |                  | 続柄                    | 父・母・祖父・祖母・その他(      ) |   |    |
|                    |         | 電話                          |         |   |                  | 携帯番号                  | (      )              |   |    |
|                    | 第2連絡先   | 氏名                          |         |   |                  | 続柄                    | 父・母・祖父・祖母・その他(      ) |   |    |
|                    |         | 電話                          |         |   |                  | 携帯番号                  | (      )              |   |    |
| (登録児を除く)<br>世帯員の状況 | 氏名      | 年齢                          | 職業又は勤務先 |   |                  | 電話番号                  | 登録児との続柄               |   |    |
|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
|                    |         |                             |         |   |                  |                       |                       |   |    |
| 主に送迎する人            |         | 父・母・祖父・祖母 その他(氏名            |         |   |                  |                       | 続柄                    | ) |    |

○登録児の状況等

|         |                                     |                                  |                   |
|---------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 周産期     | ※ この欄は、登録児が就学前の場合のみ記入してください。        |                                  |                   |
|         | 妊娠中の異常                              | なし ・ あり（具体的に:                    | ）                 |
|         | 出産時の体重                              | グラム                              |                   |
|         | 出産は（ 予定通り ・ 日 早かった ・ 遅かった ）         |                                  |                   |
|         | 出産時の異常                              | なし ・ あり（具体的に:                    | ）                 |
| 乳幼児期の発達 | 首のすわり:                              | おすわり:                            | ひとり歩き:            |
|         | 栄養方法（ 母乳 ・ 人工 ・ 混合 ）                |                                  |                   |
|         | 離乳食完了時期                             | 未（ 前期 ・ 中期 ・ 後期 ）                | 済（ ヶ月）            |
|         | 人見知り:                               | ヶ月                               | 母親の後追い: 歳 ヶ月      |
|         | 初語（意味のあることば）:                       | 歳 ヶ月                             | オムツ : 紙オムツ ・ 布オムツ |
| 予防接種等   | BCG（ 未 ・ 済 ）                        |                                  |                   |
|         | 四種混合（ 未 ・ I期 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ I期 追加 ） |                                  |                   |
|         | 麻しん風しん混合ワクチン（ 未 ・ 済 ）               | 麻しん                              | かかった【年齢 歳】の時      |
|         |                                     | 風しん                              | かかった【年齢 歳】の時      |
|         | 水ぼうそう（ 未 ・ 1回 ・ 2回 ）                | かかった【年齢 歳】の時                     |                   |
|         | おたふくかぜ（ 未 ・ 1回 ・ 2回 ）               | かかった【年齢 歳】の時                     |                   |
|         | 日本脳炎（ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加 ）            |                                  |                   |
|         | B型肝炎（ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加 ）            | キャリアで【ある ・ ない】                   |                   |
|         | ヒブ（ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ）         |                                  |                   |
|         | 肺炎球菌（ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ）       |                                  |                   |
|         | その他(具体的に記入下さい)                      |                                  |                   |
| これまでの病気 | けいれん :                              | 初回 歳 ヶ月                          | 最後 歳 ヶ月 これまでに 回   |
|         | 熱性けいれん :                            | 初回 歳 ヶ月                          | 最後 歳 ヶ月 これまでに 回   |
|         | 喘息                                  | ない ・ ある                          |                   |
|         | 喘息様気管支炎                             | 毎日薬を飲んで いる ・ いない ・ 発作時だけ         |                   |
|         | 毎日吸入治療を                             | している ・ いない ・ 発作時だけ ( )時間おき       |                   |
|         | アトピー性皮膚炎                            | ない ・ ある ( 治療は 内服薬 ・ 外用薬 ・ 食事療法 ) |                   |
| アレルギー   | ・食べ物                                | 無 ・ 有（食品名                        | ）                 |
|         | まだ与えていない食べ物                         | 無 ・ 有（食品名                        | ）                 |
|         | ・薬                                  | 無 ・ 有（薬名                         | ）                 |
| 入院歴     | 入院したこと                              | 有 ・ 無 ( 病名                       | 歳 ヶ月 )            |
|         |                                     | ( 病名                             | 歳 ヶ月 )            |

病後児利用申込書・承諾書

年 月 日

みどりが丘保育園園長 様

住所  
保護者氏名 印  
電話番号

病後児保育の利用にあたり下記の通り申込み致します。

|                                                     |                    |               |             |
|-----------------------------------------------------|--------------------|---------------|-------------|
| 利用児氏名                                               |                    | 登録番号          |             |
| 生年月日                                                | 年 月 日              | 性別            | 男・女         |
| 緊急連絡先                                               | ① 名前(続柄)           | 電話番号          | 勤務先・携帯・その他( |
|                                                     | ② 名前(続柄)           | 電話番号          | 勤務先・携帯・その他( |
| 診断内容記入欄                                             |                    |               |             |
| ◎病後児保育利用あたり受診した医師の診断結果は、以下の通りです。                    |                    |               |             |
| 受診日                                                 | 年 月 日              |               |             |
| 受診した医療機関                                            |                    |               |             |
| 病 名                                                 | 入院の有無              |               | 有 ・ 無       |
| 症 状                                                 | 利用日<br>当日の体温       |               | ℃           |
| 注意点                                                 | ※安静度や食事など          |               |             |
| 治療経過                                                | 処方された薬の有無( 有 ・ 無 ) |               |             |
| 利用予定<br>日<br>時間                                     | ① / ( ) : ~ :      | ② / ( ) : ~ : |             |
|                                                     | ③ / ( ) : ~ :      | ④ / ( ) : ~ : |             |
|                                                     | ⑤ / ( ) : ~ :      | ⑥ / ( ) : ~ : |             |
|                                                     | ⑦ / ( ) : ~ :      |               |             |
|                                                     |                    |               |             |
| 承諾書                                                 |                    |               |             |
| 1. 体調が急変した際は、保護者の方へご連絡致しますので速やかにお迎えをお願い致します。        |                    |               |             |
| 2. この用紙に記載された以外の症状がある場合、または、発症した場合は、お預かりすることが出来ません。 |                    |               |             |
| 3. 緊急時、連絡がつかない場合は、こちらの判断により病院へ連れて行く場合があります。         |                    |               |             |
| 上記1～3の内容を承諾致します。                                    |                    |               |             |
| 令和 年 月 日 ( )                                        |                    |               |             |
| 保護者氏名 印                                             |                    |               |             |
|                                                     |                    |               |             |
| 園記入欄<br>【利用日】                                       | ① / ( ) : ~ :      | ② / ( ) : ~ : | 利用日数計 日     |
|                                                     | ③ / ( ) : ~ :      | ④ / ( ) : ~ : |             |
|                                                     | ⑤ / ( ) : ~ :      | ⑥ / ( ) : ~ : |             |
|                                                     | ⑦ / ( ) : ~ :      |               |             |
|                                                     |                    |               |             |



令和

年度

## 緊急連絡引渡し票

みどりが丘保育園

|                               |                  |                   |                   |           |                                                    |                 |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------|----------------------------------------------------|-----------------|
| ○園児名・クラス名・生年月日・血液型(上の子から順に記入) |                  |                   |                   |           |                                                    |                 |
| クラス名<br>(ふりがな)                |                  | 組                 | クラス名<br>(ふりがな)    |           | 組                                                  |                 |
| 園児名<br>( 年 月 日生 )             |                  | ( 型 )             | 園児名<br>( 年 月 日生 ) |           | ( 型 )                                              |                 |
| 住所<br>〒□□□-□□□□               |                  |                   | Tel(自宅)<br>( )    |           |                                                    |                 |
| 第①連絡先                         | 【ふりがな】<br>氏名(続柄) |                   | ( )               |           | 勤務時間<br>(月～金)<br>:<br>~<br>:<br>(土)<br>:<br>~<br>: |                 |
|                               | 勤務先              | 名称                |                   |           |                                                    |                 |
|                               |                  | 所在地               |                   |           |                                                    |                 |
|                               |                  | 電話<br>配属先や部署など( ) |                   |           |                                                    |                 |
| 携帯 ( )                        |                  | 所要時間<br>(職場から園)   |                   | 通常 分・徒歩 分 |                                                    |                 |
| 第②連絡先                         | 【ふりがな】<br>氏名(続柄) |                   | ( )               |           | 勤務時間<br>(月～金)<br>:<br>~<br>:<br>(土)<br>:<br>~<br>: |                 |
|                               | 勤務先              | 名称                |                   |           |                                                    |                 |
|                               |                  | 所在地               |                   |           |                                                    |                 |
|                               |                  | 電話<br>配属先や部署など( ) |                   |           |                                                    |                 |
| 携帯 ( )                        |                  | 所要時間<br>(職場から園)   |                   | 通常 分・徒歩 分 |                                                    |                 |
| 上記以外の連絡先                      | ③                | 【ふりがな】<br>氏名(続柄)  | ( )               |           | 住所                                                 |                 |
|                               |                  |                   |                   |           | Tel                                                | 自宅 携帯 職場<br>( ) |
|                               | ④                | 【ふりがな】<br>氏名(続柄)  | ( )               |           | 住所                                                 |                 |
|                               |                  |                   |                   |           | Tel                                                | 自宅 携帯 職場<br>( ) |

|          |      |    |     |
|----------|------|----|-----|
| かかりつけの病院 | 診療科目 | 名称 | Tel |
|          | 内科   |    | ( ) |
|          | 整形外科 |    | ( ) |
|          | 歯科   |    | ( ) |
|          | 眼科   |    | ( ) |

|                 |  |                           |                   |
|-----------------|--|---------------------------|-------------------|
| 有事の際、家族の待ち合わせ場所 |  | 遠隔地の連絡先(災害時に連絡する場合があります。) |                   |
| 第1              |  | 【ふりがな】<br>氏名(続柄)          | ( ) 住所<br>Tel ( ) |
| 第2              |  | 【ふりがな】<br>氏名(続柄)          | ( ) 住所<br>Tel ( ) |
| 備考              |  |                           |                   |

## 〔必ずお読みください。〕

※本票は園児がケガ・急病等により、緊急に保護者に連絡及び受診する場合に使います。

※本票を複写したものをお渡しします。ご家庭で保管してください。

※有事の際に、本票を持ち出すことがあります。

※中学生以下のお子さんに園児を引き渡すことはできません。また、緊急の際近所の方等に引渡しを依頼する場合は、お迎えの際身分証明書が必要になる事を合わせてお願いしてください。

※有事の際、保育園での待機が困難な場合、第2避難場所として『大網小学校』に移動する場合があります。  
メール配信や電話連絡が出来ない場合もあります。その際は、園舎に張り紙などで行先を掲示しますので、確認してお迎えください。

※個人情報、緊急の目的以外には使用しません。

| 引き渡し確認欄 ※職員記入欄 |          |    |    |
|----------------|----------|----|----|
| 日付             | 引取り者(続柄) | 時間 | 備考 |
|                |          |    |    |
|                |          |    |    |
|                |          |    |    |
|                |          |    |    |
|                |          |    |    |
|                |          |    |    |

| 主要場所連絡先         |    |                  |     |              |
|-----------------|----|------------------|-----|--------------|
| みどりが丘保育園        | 住所 | 大網白里市大網2800      | TEL | 0475-71-3261 |
| 大網小学校           | 住所 | 大網白里市みどりが丘3-18-3 | TEL | 0475-72-0064 |
| みどりが丘自治会館(中央公園) | 住所 | 大網白里市みどりが丘3-16-2 | TEL | 0475-53-5670 |





令和 〇〇 年度

## 緊急連絡引渡し票

みどりが丘保育園

|                               |                                  |                       |                                   |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| ○園児名・クラス名・生年月日・血液型(下の子から順に記入) |                                  |                       |                                   |
| クラス名                          | ひまわり組                            | クラス名                  | つぼみ組                              |
| (ふりがな)                        | おおあみ みどりこ                        | (ふりがな)                | おおあみ みどりたろう                       |
| 園児名                           | 大網 みどり子<br>(〇型)<br>(2010年4月26日生) | 園児名                   | 大網 みどり太郎<br>(〇型)<br>(2014年7月12日生) |
| 園児名                           |                                  | 園児名                   |                                   |
| 〒                             | 299-3251                         | Tel(自宅)               | 0475(71)3261                      |
| 連絡の取りやすい順番<br>でおねがいします。       |                                  | 血液型は、わかる方<br>のみで結構です。 |                                   |
| 氏名(続柄)                        |                                  | 大網 みどり (母)            |                                   |
| 第①<br>連絡先                     | 名称                               | 株式会社 ○○○○○○           |                                   |
|                               | 勤務先所在地                           | ○○○市○○○町○-○-○         |                                   |
|                               | 電話                               | ○○○○(○○)○○○○          |                                   |
|                               | 配属先や部署など( )                      |                       |                                   |
| 携帯                            | 090(○○○○)○○○○                    |                       |                                   |
| 勤務時間                          |                                  | (土) 9:00 ~ 18:00      |                                   |
| 勤務先から保育園までの所要時間です。            |                                  | 9:00 ~ 13:30          |                                   |
| 所要時間(職場から園)                   |                                  | 通常 20分・徒歩 120分        |                                   |
| 第②<br>連絡先                     | 氏名(続柄)                           | 大網 丘太郎 (父)            |                                   |
|                               | 勤務先所在地                           | 東京都○○区○○町○-○-○        |                                   |
|                               | 電話                               | 03(○○○○)○○○○          |                                   |
|                               | 配属先や部署など( )                      |                       |                                   |
| 携帯                            | 080(○○○○)○○○○                    |                       |                                   |
| 勤務時間                          |                                  | (月~金) 8:30 ~ 17:30    |                                   |
| 所要時間(職場から園)                   |                                  | 通常 60分・徒歩 360分        |                                   |
| 上記以外の<br>連絡先                  | ③                                | 住所                    | 大網白里市みどりが丘○-○-○                   |
|                               | 氏名(続柄)                           | 大網 一太郎 (祖父)           | Tel 自宅 携帯 職場<br>090(○○○○)○○○○     |
|                               | ④                                | 住所                    | 大網白里市みどりが丘○-○-○                   |
|                               | 氏名(続柄)                           | 大網 花子 (祖母)            | Tel 自宅 携帯 職場<br>0475(○○○○)○○○○    |

|                            |                                    |             |                                                 |
|----------------------------|------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------|
| かかりつけの<br>病院               | 診療科目                               | 名称          | 兄弟でかかりつけの病院が違う<br>場合は、病院名の横に園児の<br>名前を記入してください。 |
|                            | 内科                                 | ○○医院(みどり子)  |                                                 |
|                            | 整形外科                               | ○○病院(みどり太郎) |                                                 |
|                            | ご家族で待ち合わせ場所を決めている際はご               | ( )         | ( )                                             |
| 関東近郊が混乱し、連絡<br>が取れない場合等に使用 |                                    |             |                                                 |
| 有事の際、家族の<br>待ち合わせ場所        | 【ふりがな】                             | 住所          | 栃木県○○市○○町○-○-○                                  |
| 第1                         | 大網小学校                              | 氏名(続柄)      | 大網 まり子 (叔母)                                     |
| 第2                         | 中央公園                               | 氏名(続柄)      | 白里 うみ子 (祖母)                                     |
| 備考                         | アレルギー疾患等ある<br>方は、備考欄に記入し<br>てください。 |             |                                                 |