

## 一時預かり保育ご利用の流れ

① 一時預かり保育お申込み前に、初回登録をお願いいたします。

初回登録に必要な書類は下記になります。ご記入いただき、用紙を一時預かり利用希望園にご提出いただければ一時預かり利用登録完了となります。

- 「一時預かり 利用調査票」  
用紙裏にお子様の保険証・医療証コピーを貼りつけてください。
- 「アンケートのおねがい」

お子さまに食物アレルギーがある場合、併せてご提出いただきたい書類

- 病院に通院中の方・・・「生活管理指導表」かかりつけ医にて記入いただいでください。
- 病院に通院していない方・・・「食物アレルギーに関する調査票」（保護者様記入）

② 「一時預かりお申込みについて」をご一読ください。予約 QR コードがありますので、一時預かりお申込みはそちらからお願いいたします。

③ 一時預かり保育ご利用当日、ご家庭にて「一時預かり利用申込書」「連絡帳」をご記入いただきスタッフにお渡しください。

## 一時預かり 利用調査表

はひふへ保育園

ふりがな <b>児童氏名</b>	男 ・ 女	生年月日 平成 令和      年      月      日 (      歳      ヶ月)
住所 〒 (      -      )	電話番号 (      )      - メールアドレス _____	
ふりがな <b>保護者氏名</b>	緊急連絡先 (常に連絡の取れる連絡先を記入) 携帯電話 (      )      -	

「はひふへ保育園」では、個人情報個人情報保護条例に基づき、厳重に管理・保管し、当保育園内での保育活動以外に使用しません。**保険証と乳児医療証のコピーを裏に貼り付けてください。**

☆以下は、わかる範囲でご記入ください。

血液型      型 (RH      )	平熱	度      分
<b>既往歴</b>	過去にかかったことのある病気に丸をつけてください	
・ひきつけ    ・ぜんそく    ・じんましん    ・熱性けいれん    ・その他 (      )		
<b>健康状態について</b>	・良好    ・良好だが持病あり (病名      )    ・常備薬 有・無)	
<b>食物アレルギーについて</b>	<b>食物以外のアレルギーについて</b>	
ある ( 通院中    ・ 病院にかかっていない ) アレルギー食材 (      ) ない    ・ わからない	犬    ・ 猫    ・ ハウスダスト その他 (      ) ない    ・ わからない	

<b>お昼寝について</b>	・する (      時頃      時間)    ・しない    ・時々する (      時頃      時間)
----------------	--

<b>食事・ミルクについて</b>	ミルク :    ミルクは _____ 時間おきに _____ ml
離乳食 :    ・初期    ・中期    ・後期    ・完了期    +ミルク      ml	
普通食 :    ・箸    ・スプーンフォーク    ・手づかみ    ・介助が必要	

<b>排泄について</b> (※記入する時点の状態で構いません)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・すべて自分でできる</li> <li>・自分でできるが、たまに失敗する ( ・パンツ使用    ・トレーニングパンツ使用    ・おむつ使用)</li> <li>・小便可はできるが、大便可はできない ( ・パンツ使用    ・トレーニングパンツ使用    ・おむつ使用)</li> <li>・大便可はできるが、小便可はできない ( ・パンツ使用    ・トレーニングパンツ使用    ・おむつ使用)</li> <li>・どちらもできない ( ・パンツ使用    ・トレーニングパンツ使用    ・おむつ使用)</li> </ul>

その他、気を付けてほしいこと

記入日      年      月      日      初回利用日      年      月      日

- ・一時預かり保育のご利用園ごとに「一時預かり 利用調査表」のご提出をお願いいたします。
- ・記入日から利用開始日までに記載内容に大きな変更がある場合、事前にお知らせください。
- ・記載内容に関しましてお問い合わせすることがございます。ご了承ください。

保護者の皆様へ

はひふへ保育園

## 【アンケートのお願い】

園児名 \_\_\_\_\_

### ○個人情報について

はひふへ保育園のホームページやブログ(一般用、保護者用)などでお子様のお写真を掲載

してもよい ・ してほしくない



### ○保育園でのケガの処置について

活動中にお子様はやむを得ず、すり傷や切り傷を負ってしまった際に、処置として患部を水道水で洗い、場合によっては絆創膏を貼ります。また、傷やかゆみに応じてワセリンやムヒを塗布することについて、ご意見をお聞かせください。

### ○絆創膏の使用を

してもよい ・ してほしくない

### ○ワセリンの塗布を

してもよい ・ してほしくない

### ○ムヒ(蚊に刺され)の塗布を

してもよい ・ してほしくない

どちらかに ○ をしていただき、園に提出して下さい。

今回お聞きした内容について変更したい場合は、お気軽に職員へお伝えください。

ご協力ありがとうございました。



保育料	時間帯	7:30~9:00	9:00~16:00	16:00~18:30
	料金/1時間		1,400円	1,100円

・予約は1週間前までにお願いします。  
 ・時間変更、キャンセルは前日17:30までにお願いします。  
 ★当日、利用時間短縮・キャンセルされましてもご予約いただいていた時間で料金請求させていただきます。  
 ・一時預かり保育利用は月15日以内でお願いします。  
 ・利用時間は30分単位でご予約ください。  
 (例→10:15~12:15ご利用希望の場合、10:00~12:30となります)  
 ・保育時間はお申込み時間通りをお願いします。  
 ・お迎え予定時刻を超えた場合は追加料金が発生いたしますのでご了承ください。  
 ・保育時間中の投棄は原則お受けできません。ご相談等ございましたらスタッフまでお問い合わせください。

持ち物リスト
<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事前エプロン 1枚</li> <li>・口拭きタオル 午前・午後おやつ時各1枚、給食時1枚</li> <li>・汚れもの用袋(持ち手付きビニール袋) 1枚</li> <li>・紙おむつ・パンツ、おしりふき 園では、紙オムツ1枚50円をご用意しております。</li> <li>・着がえ・肌着 1組</li> <li>・お茶またはお水を入れた水筒</li> <li>・帽子(お散歩時に使用)</li> <li>・ミルク・哺乳瓶、離乳食(必要な方)</li> <li>・タオルケット(お昼寝時に使用)</li> <li>・お尻敷きタオル(オムツ替え時に使用)</li> <li>・一時預かり連絡帳(園からお渡しします)</li> </ul>
<p>★すべての持ち物に黒ペンでわかりやすい場所に お名前を記入してください。                  ★持ち物すべてを1つのバックに入れ、当日スタッフにお渡しください。</p>

昼食代	1食 300円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・給食申込は1週間前までにお願いします。</li> <li>・申込に間に合わない場合、お弁当持参となります。</li> <li>・食物アレルギーのリスクを考慮し、ご家庭で食べたことのない食品の給食提供は行いません。ご家庭で食べて問題がない食品のみ提供いたします。</li> <li>・給食・おやつをお申込みいただいた方は、献立表をメール送信いたします。保育利用日献立食材のご確認をお願い致します。</li> <li>・昼食の時間は11:30~となります。</li> </ul>	

一時預かり保育お申込みはこちらからお願いいたします。  
 お申込み受付開始は前月20日から開始いたします。

おやつ・補食	1食 100円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・9:30~、15:00~ おやつの時間となります。</li> </ul>	

【お申し込みフォーマットQRコード】

**ながくて園**

<https://forms.gle/fEY7HycyAwx4TK6t9>

【お申し込みフォーマットQRコード】

**としょかん通り園**

<https://forms.gle/ZJt13xzMA1A852JU6>

※なるべくお釣りの出ないようにご準備お願い致します。

園での一日の過ごし方 (通常保育園児)	
7:30~	順次登園 (健康状態の観察)
	自由遊び
9:30	おやつ
	遊び
11:30	昼食
12:00~12:30	お昼寝
14:30	目覚め
	おやつ
	遊び
	順次降園
17:00	夕方保育
18:30	降園

はひふへ保育園 **ながくて園**  
 愛知県長久手市作田1丁目903番地  
 丸石ビル1F  
 ☎ 0561-64-3086 / FAX 0561-64-3085

はひふへ保育園 **としょかん通り園**  
 愛知県長久手市戸田谷1111番地  
 ☎ 0561-56-0131 / FAX 0561-56-0132



一時預かり利用申込書

ふりがな 児童の氏名		企業	
平成・令和 年 月 日生 (年齢 歳 ヶ月) 男・女		地域	
保護者の氏名 印		児童との続柄	
住所		自宅TEL	
緊急連絡先 (携帯等)	第1連絡先	第2連絡先	
利用日時	月 日 ( ) ~		※30分単位
給食等の利用	午前おやつ・昼食・午後おやつ【2歳児以上 午前、午後おやつ牛乳希望 (有・無)】		
	※アレルギー (有・無) 有の場合 (食材 )		
主な利用理由 (必ず記入してください)	※出来る限り詳しく記入してください (就労の場合、勤務先・TEL もご記入ください)		
利用料	保育料 7:30~9:00, 16:00~18:30 (1400円/1時間)	_____ 円	(合計)  _____ 円
	保育料 9:00~16:00 (1100円/1時間)	_____ 円	
	昼食代 (1食300円)	_____ 円	
	おやつ (1食100円)	_____ 円	
備考			

※利用料は後払いでお願いします。お迎え予定時刻を超えた場合は追加料金が発生します。

年 月 日 ( )	様
一時預かり利用料 (ながくて園・としょかん通り園)	円

一時預かり利用料 (企・地) 領収書

保護者の氏名		児童の氏名	
利用日時			
利用料	保育料 (1400円/1時間)	_____ 円	(領収金額)  _____ 円
	保育料 (1100円/1時間)	_____ 円	
	昼食代 (1食300円)	_____ 円	
	おやつ (1食100円)	_____ 円	

年 月 日

(有)NewsAgent Hosokawa

はひふへ保育園 \_\_\_\_\_ 園 印

# 一時預かり連絡帳

( ながくて園 ・ としょかん通り園 )

ふりがな

児童氏名

生年月日

年

月

日生

(

歳

カ月)

家庭より

月

日

(

曜日)

機嫌	前夜		検温			既往歴 ・熱性けいれん ( 有 ・ 無 ) ・その他 ( )
	今朝			℃		
食事	昨夜	量	食事内容		・絆創膏 ( 使用可 不可 ) ・ワセリン ( 使用可 不可 ) ・ムヒ (蚊に刺され) の塗布 ( 使用可 不可 )	
	:	多 ・ 普 ・ 少				
	今朝	量	食事内容			
	:	多 ・ 普 ・ 少				
	昼	量	食事内容			
	:	多 ・ 普 ・ 少				
	食物アレルギー ( 有 ・ 無 ) (アレルギー食材 )			スタッフ 確認サイン		
	給食、おやつをお申込みの方 献立表にある食材、今までにご家庭で食べて 問題がなかったですか ( はい ・ いいえ )					
	ごはんの硬さ ( おかゆ ・ 軟飯 ・ 普通 )					
睡眠	就寝	:	排便	普 ・ 軟 ・ 固		はひふへ保育園のホームページやブログなどに お子様のお写真を掲載 ( 可 ・ 不可 )
	起床	:		( 回 )		
お迎え	時間	:	母 ・ 父 ・ ( )			
子どもの様子・連絡事項						
(記入者 )						

保育園より

機嫌	午前		検温			睡眠	就寝	:
	午後			℃			起床	:
食事	:	量	食事内容		排便	普 ・ 軟 ・ 固		
	:	多 ・ 普 ・ 少				( 回 )		
	:	量	食事内容					
	:	多 ・ 普 ・ 少						
子どもの様子・連絡事項								
(記入者 )								



保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎) 提出日 令和 \_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日生( \_\_\_歳\_\_\_ヶ月) \_\_\_\_\_ 組

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場合に限って作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		【緊急連絡先】 ★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 _____年___月___日		
<b>気管支喘息</b> (あり・なし)	<b>A. 重症度分類(治療内容を考慮した)</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他	<b>A. 寝具に関する留意点</b> 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談		医師名 医療機関名	
	<b>B. 長期管理薬</b> 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬 内服 貼付薬 5. その他 ( )	<b>D. 急性発作時の対応(自由記載)</b>	<b>B. 食物に関する留意点</b> 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照	<b>C. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可 動物名( )		
<b>アトピー性皮膚炎</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b>		<b>保育所での生活上の留意点</b>		記載日 _____年___月___日	
	<b>A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班)</b> 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変	<b>B-1. 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏(「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他( )	<b>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他( )	<b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし	<b>A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合)
<b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b>		<b>保育所での生活上の留意点</b>		記載日 _____年___月___日	
	<b>A. 病型</b> 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他( )	<b>B. 治療</b> 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他( )		<b>A. プール指導</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可	<b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<b>C. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。

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・アレルギー性鼻炎)

提出日 令和 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日生( \_\_\_\_歳\_\_ヶ月) \_\_\_\_\_ 組

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場合に限って作成するものです。

食物アレルギー (あり・なし)	アナフィラキシー (あり・なし)	<b>病型・治療</b>	<b>保育所での生活上の留意点</b>	<b>【緊急連絡先】</b>	★保護者 電話:
		★連絡医療機関 医療機関名:	電話:		
		<b>A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載)</b> 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 (新生児消化器症状・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: _____)	<b>A. 給食・離乳食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<b>【緊急連絡先】</b>	記載日 _____年__月__日
		<b>B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</b> 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・ _____)	<b>B. アレルギー用調整粉乳</b> 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は( )内に記入 ミルフィー ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ベブディエット エレメンタルフォーミュラ その他( _____)		<b>【緊急連絡先】</b>
		<b>C. 原因食物・除去根拠</b> 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 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・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 ( _____) [*類は( )の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること]	<b>C. 食物・食材を扱う活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<b>【緊急連絡先】</b>	
		<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」 3. その他( _____)	<b>D. 除去食品で摂取不可能なもの</b> 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 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 5. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 6. ゴマ: ゴマ油 11. 魚類: かつおだし・いりこだし 12. 肉類: エキス		<b>【緊急連絡先】</b>
		<b>E. その他の配慮・管理事項</b>	<b>E. その他の配慮・管理事項</b>	<b>【緊急連絡先】</b>	
		<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」 3. その他( _____)	<b>E. その他の配慮・管理事項</b>		<b>【緊急連絡先】</b>
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)		<b>病型・治療</b>	<b>保育所での生活上の留意点</b>	<b>【緊急連絡先】</b>	
		<b>A. 病型</b> 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬	<b>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<b>【緊急連絡先】</b>	医師名 _____
		<b>B. 治療</b> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他	<b>B. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>		<b>【緊急連絡先】</b>

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。