

○鹿児島大学さつつん保育園運営及び利用要項

平成30年6月11日

学長裁定

(趣旨)

第1 この要項は、教職員の職場復帰支援を目的とし、鹿児島大学さつつん保育園規則(平成30年規則第12号)第8条に基づき、鹿児島大学さつつん保育園(以下「保育園」という。)の運営及び利用に関し必要な事項を定めるものとする。

(運営方法及び法令遵守)

第2 保育園の運営は、鹿児島大学(以下「本学」という。)が外部の保育事業者(以下「運営団体」という。)に委託して行うものとする。

2 運営団体は、保育園の運営にあたっては、法令及び認可外保育施設に対する指導監督の実施について(平成28年6月20日雇児発0620号第27号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)を遵守しなければならない。

3 保育園の経理については、国立大学法人鹿児島大学会計事務取扱規則(平成16年規則第76号)その他学内諸規則の定めるところによる。

4 保育園の運営に関し、この要項に定めのない事項については、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)その他関係法令及び諸規則の定めるところによる。

(入園定員)

第3 保育園の入園定員は、40名とする。

2 入園希望者が定員を超えた場合は、園長が選考する。

(保育形態の定義及び利用時間)

第4 保育園の保育形態の定義及び利用時間は、次のとおりとする。

(1) 基本保育とは、月単位の長期的な利用期間において、継続的に実施するもので、利用時間は7時30分から18時30分までとする。

(2) 延長保育とは、基本保育の時間を延長して保育するもので、利用時間は18時30分から19時30分までのうち30分単位とする。

(3) 一時保育とは、緊急又は特別な事情(本学の職員(以下「保護者」という。)の疾病、冠婚葬祭、介護等をいう。以下同じ。)が発生した場合に一時的に利用するもので、利用時間は7時30分から19時30分までのうち5時間以上で、かつ、30分単位とする。

(4) 病児保育とは、医師による疾病の診断があり、病気の回復期に至っていないが当面症状の急変は認められない状態で、集団保育が困難であり、かつ、保護者の勤務の都合により家庭で保育を行うことが困難と認められる者のみ一時的に保育するもので、利用時間は9時00分から18時00分までとする。

(利用基準)

第5 保育園の利用者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 入園時において0歳(生後57日以上。病児保育にあつては生後6か月後)から小学校

就学前の乳児及び幼児(以下「乳幼児」という。)を養育し、基本保育にあつては労働又は疾病等、一時保育及び病児保育にあつては緊急又は特別な事情の理由により乳幼児の保育が困難な状態にある保護者。ただし、子ども・子育て支援法施行規則(平成26年内閣府令第44号)に定める子どものための教育・保育給付の制度(以下「保育料無償化」という。)の対象となる一時保育及び病児保育にあつては、市町村(特別区を含む。以下同じ。)から「子育てのための施設等利用給付認定」を受けることが見込まれる乳幼児の保育が困難な状態にある保護者に限る。

(2) その他園長が適当と認める者

(休園日)

第6 休園日は、日曜日、土曜日、国民の休日に関する法律(昭和23年法律第178号)に定める日及び本学が指定する休日とする。

2 保育日のうち、保護者の勤務等の都合により、あらかじめ登園児がいないことが明確な場合は、臨時の休園日とする。

3 園長は自然災害等により登園が適当でないと認められる場合は、休園の措置をとることができる。

4 園長は、前項の措置が決定した場合、保護者にその旨を速やかに通知する。

(入園の申込み)

第7 基本保育を希望する保護者は、原則として入園希望日の2か月前の日が属する月の末日までに保育園入園希望申請書(別記様式第1号)を本学総務部人事課に提出しなければならない。ただし、特別な事情がある場合は、この限りではない。

2 一時保育を希望する保護者は、原則として利用を希望する日の前日までに保育園に利用状況等を確認し、保育園一時保育希望申請書(別記様式第2号)を速やかに本学総務部人事課に提出しなければならない。

3 病児保育を希望する保護者は、事前に病児保育事前登録票(別記様式第3号)を本学総務部人事課に提出し、利用の登録を受けなければならない。

4 保育料無償化の対象となる保護者は、利用を希望する日の前後において、市町村及び内閣府が指定する申請書等の写しを本学総務部人事課に提出しなければならない。

(入園の決定)

第8 園長は、第7に係る入園の申込みがあった場合は、利用の可否を決定し、保護者にその旨を通知する。

2 前項により入園を決定した乳幼児を保育園の園児(以下「園児」という。)とする。

(入園手続等)

第9 基本保育を希望する保護者は、入園決定後、次の入園申込関係書類を入園希望日の1週間前までに保育園に提出しなければならない。

(1) 保育園利用申込書(別記様式第4号)

(2) 健康記録表(別記様式第5号)及び食事状況調査書(別記様式第6号)

- (3) 健康診断書又は母子手帳の写し
- 2 一時保育を希望する保護者は、入園決定後、次の入園申込関係書類を入園希望日の当日までに保育園に提出しなければならない。
 - (1) 保育園利用申込書(別記様式第4号)
 - (2) 健康記録表(別記様式第5号)及び食事状況調査書(別記様式第6号)
 - (3) 健康診断書又は母子手帳の写し
- 3 第7第3項の登録を受けた保護者が病児保育を利用しようとする場合は、事前に利用日等を伝え予約しなければならない。
- 4 前項の事前予約を行った保護者が病児保育を利用する場合は、利用当日に病児保育連絡票(別記様式第7号)、入室情報記入用紙(別記様式第8-1号)及び同意書(別記様式第8-2号)を保育園に提出しなければならない。

(保育依頼)

第10 保護者は、保育園の定める期日までに保育予定表(別記様式第9号)を保育園に提出しなければならない。

- 2 入園中に投薬を必要とする園児の保護者は与薬依頼書(別記様式第10号)を保育園に提出しなければならない。

(保育料の算定方法)

第11 保育料は、別表のとおりとし、算定方法は次のとおりとする。なお、保育料無償化に伴う保育料の取扱いについては、保護者の住民票に記載された住所の市町村及び内閣府の通知等によるものとする。

- (1) 基本保育料は、入園又は退園した日の属する月を含むものとし、日割計算は行わないものとする。
- (2) 同一世帯の園児が複数在園する場合の基本保育料は、最も年齢の低い園児は全額負担とし、年齢が低い順から第2子が定額の2分の1、第3子以降は10分の1とする。
- (3) 一時保育料は、30分ごと200円で算定するものとする。
- (4) 病児保育料は、基本保育料又は一時保育料に加算するものとする。
- (5) 3歳未満の基本保育料は、給食費を含むものとする。
- (6) 税率の改定及び物価の変動があった時には、料金改定を行うものとする。

(保育料の納付)

第12 保育料の納付は、次の各号のとおりとし、徴収方法は別に指定する。

- (1) 基本保育料は前納とし、利用する月ごとに納付しなければならない。
- (2) 延長保育料、一時保育料及び病児保育料は後納とし、利用した月ごとに納付しなければならない。
- (3) 長期欠席等による未利用月の基本保育料は、あらかじめ保育園長期欠席申請書(別記様式第11号)を提出した場合は徴収しない。

(保育変更及び延長保育の連絡)

第13 保護者は、保育日及び保育時間の変更又は延長保育の必要が生じたときは、速やかに保育園に申し出なければならない。

(欠席の手続)

第14 継続して1か月以上、園児の長期欠席を希望する保護者は、長期欠席する前月の20日までに保育園長期欠席申請書(別記様式第11号)を本学総務部人事課に提出しなければならない。

2 前項に定めるもののほか、次の各号のいずれかに該当する場合、園長は当該園児の登園を停止することができる。

- (1) 園児が、感染症に罹患又は罹患している疑いがあるため、他の園児の健康に影響を及ぼすおそれがあるとき。
- (2) 前号に定めるもののほか、保護者又は園児が他に迷惑を及ぼしたとき又は迷惑を及ぼすおそれがあるとき。

(退園)

第15 保護者は、園児の退園を希望する場合は、退園予定日の1か月前までに保育園退園届(別記様式第12号)を本学総務部人事課に提出しなければならない。ただし、やむを得ない事情がある場合は、提出期限を延長することができる。

2 園長は、次の各号のいずれかに該当する場合、園児を退園させることができる。

- (1) 園児が第5に規定する利用基準を満たさなくなったとき。
- (2) 提出書類の記載事項に虚偽の内容があったとき。
- (3) 保護者又は園児が他に迷惑を及ぼし、園長が退園させることが適当と認めたとき。
- (4) 3か月以上の欠席期間が見込まれるとき。
- (5) 保護者の届出がなく、無断欠席が1か月以上続いたとき。
- (6) 保護者が保育料を納付せず、催告・督促等に応じないとき。
- (7) その他園児の通園が適当でないと認められるとき。

(病児保育の利用制限)

第16 園長は、次の各号のいずれかに該当する場合、病児保育の利用を拒むことができる。

- (1) 病児保育室の収容定員4名(原則、1症例2名まで)を超えるとき。
- (2) 病児保育連絡票に記載されている「病児保育を利用できない状態」であるとき。
- (3) この要項又は別に定める遵守事項に違反し、利用を拒むことが適当と認められるとき。

(損害賠償等)

第17 保護者又は園児が故意又は重大な過失により保育園の施設等を損傷又は滅失した場合、保護者はその損害の全部若しくは一部を賠償し、又はこれを現状に回復しなければならない。(その他)

第18 この要項に定めのない事項が生じた場合は、本学及び運営団体の指示に従うものとする。

附 則

この要項は、平成30年6月11日から実施する。

附 則

この要項は、平成31年4月1日から実施する。

附 則

この要項は、令和元年10月1日から実施する。

附 則

この要項は、令和4年2月1日から実施する。

附 則

この要項は、令和5年2月1日から実施する。

附 則

この要項は、令和7年4月1日から実施する。

別表(第11関係)

保育形態	保育時間	保育料(一人あたり)	備考
基本保育	7 : 30～18 : 30	(保育料無償化対象外の場合) 0歳児～1歳児(給食費込み) 48,800円/月 2歳児(給食費込み) 38,800円/月 3歳児(給食費別) 30,000円/月 4歳児以上(給食費別) 28,000円/月 (保育料無償化対象の場合) 0歳児(給食費込み) 11,700円/月 1歳児(給食費込み) 11,800円/月 2歳児(給食費込み) 8,800円/月 3歳児(給食費別) 3,400円/月 4歳児以上(給食費別) 4,900円/月	利用する年度の 4月1日における満年齢
(病児保育)	(9 : 00～18 : 00)	(1日につき3,000円加算)	
延長保育	18 : 30～19 : 30	100円/30分	基本保育利用者

			に適用
一時保育 (病児保育)	7 : 30～19 : 30 (9 : 00～18 : 00)	200円／30分(給食費別) (1 日につき3,000円加算)	一日単位の利用 時間は5時間以 上

※ 給食費については、別途、保育園の重要事項説明書に定める。

(別記様式第1号)

年 月 日

保育園入園希望申請書

鹿児島大学さつつん保育園長 殿

鹿児島大学さつつん保育園に入園を希望しますので許可願います。

ふりがな 申込者（職員）			
所属・職名	所属：	職名：	
住 所	〒 _____		
電話番号	携帯 _____	_____	職場内線番号 _____
_____	_____	_____	_____
ふりがな 園 児 名			
生年月日	年 月 日生 () 歳（利用年度4月1日現在の年齢）		
性 別	☐ 男 ☐ 女		
入園希望期間	年 月 日～ 年 月 日 ☐ 未定		
利用基準の確認	☐ 生後8週間から小学校就学前までの乳幼児 ☐ 労働又は疾病等により乳幼児の保育が困難		

(以下は記入しないでください。)

決裁欄								保育所確認欄	
園 長 (理事)	事務局長	総務部長	人事課長	課長代理（労 務管理室長）	福利厚生係	専門職員	受付日	確認者	受付日

※保育園運営に係る業務上の処理以外には一切利用しません。

(別記様式第2号)

年 月 日

保育園一時保育希望申請書

鹿児島大学さつつん保育園長 殿

鹿児島大学さつつん保育園に一時保育を希望しますので許可願います。

ふりがな 申込者（職員）	
所属・職名	所属： 職名：
住 所	〒 — —
電話番号	携帯 — — 職場内線番号 — —
ふりがな 園 児 名	
生年月日	年 月 日生 () 歳（利用年度4月1日現在の年齢）
性 別	☐ 男 ☐ 女
保育希望日時	☐ 年 月 日（ 時 分～ 時 分） ☐ 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 別紙のとおり
緊急又は特別な 事情等の理由	☐ 保護者の疾病 ☐ 冠婚葬祭 ☐ 看護・介護 ☐ その他（ ）

(以下は記入しないでください。)

決裁欄								保育所確認欄	
園 長 (理事)	事務局長	総務部長	人事課長	課長代理（労 務管理室長）	福利厚生係	専門職員	受付日	確認者	受付日

※保育園運営に係る業務上の処理以外には一切利用しません。

(別記様式第3号)

鹿児島大学さつつん保育園病児保育 事前登録票

		健康保険証	記号	番号	
ふりがな			性別	生年月日	
お子さんの名前 (愛称)	()		男・女	(年 月 日 歳 か月)	
通園施設名	保育園			電話	
かかりつけ医	病院	先生		電話	
自宅住所・電話	〒			電話	
保護者(父)	氏名	携帯電話		勤務先名・PHS・電話番号など	
	鹿児島大学勤務の方	郵局名・内線番号:			
		職種:			
保護者(母)	氏名	携帯電話		勤務先名・PHS・電話番号など	
	鹿児島大学勤務の方	郵局名・内線番号:			
		職種:			
緊急連絡先① (保護者以外を記載)	氏名・(続柄)	携帯電話		勤務先名・PHS・電話番号など	
	()				
緊急連絡先② (保護者以外を記載)	氏名・(続柄)	携帯電話		勤務先名・PHS・電話番号など	
	()				
きょうだいについて	人中 番目	ほかのきょうだい	歳 男・女	歳 男・女	
			歳 男・女	歳 男・女	
周産期の異常	妊娠中の異常	☐ なし ☐ あり()			
	出産時の異常	☐ なし ☐ あり()			
		(未熟児の場合: 在胎 週・出生体重 g)			
発達上の異常または心配	☐ なし ☐ あり()				
食事	授乳	☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工			
	食事の心配事	☐ なし ☐ あり()			

※ご記入いただいた個人情報は、病児保育の実施についてのみ利用します。

裏面にもお答えください。

※両面印刷の方法

各シートの印刷設定で「両面印刷」を選択し、印刷全体の設定で「ブック全体」を選択して印刷する。

(別記様式第3号)

鹿児島大学さつつん保育園病児保育 事前登録票

予防接種			
ヒブ	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加
肺炎球菌	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加
B型肝炎	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目 ☐ 追加
四種混合	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加
三種混合	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加
二種混合	☐ 未接種	☐ 接種	
ポリオ(経口)	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目
ポリオ(不活化)	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加
BCG	☐ 未接種	☐ 接種	
MR(麻疹風疹混合)	☐ 未接種	☐ I 期	☐ II 期
水ぼうそう(水痘)	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目
日本脳炎	☐ 未接種	☐ 1回目	☐ 2回目 ☐ 追加 ☐ II 期追加
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	☐ 未接種	☐ 接種	
その他の予防接種	(ロタウイルス、インフルエンザなど)		
これまでの病気			
感染症	☐ 麻疹 ☐ 風疹 ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ (例: 突発性発疹など具体的に)		
その他の感染症			
熱性けいれん	☐ なし ☐ あり (初回はいつ頃? 複数回か? 予防薬は?)		
気管支喘息	☐ なし ☐ あり (通院中? 具体的に)		
アトピー性皮膚炎	☐ なし ☐ あり (通院中? 具体的に)		
アレルギー	☐ なし ☐ あり (通院中? 具体的に)		
反復性中耳炎・扁桃腺炎	☐ なし ☐ あり (通院中? 具体的に)		
その他の病気・体質 (てんかんなど具体的に)	☐ なし ☐ あり (通院中? 具体的に)		
入院の経験	☐ なし ☐ あり (病名・いつ頃)		
常用薬		平熱	血液型
☐ なし ☐ あり (具体的に)			A・B・O・AB
		度 分	Rh + -
その他			
☐ なし ☐ あり (体質や癖、配慮してほしいこと等)			

【更新年月日】

1. 年 月 日 2. 年 月 日 3. 年 月 日

保育園利用申込書

記入日： 年 月 日

園児	ふりがな			アレルギー	血液型	性別
	氏名			有・無	() 型 R h + -	男 女
	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)				
	続柄					
申込者	ふりがな					
	氏名					
	住所	TEL (自宅) - - 携帯電話 - - Mail @				
	勤務場所 (部署名称)	(部署名) (職名)	Mail @ TEL (職場内線)			
配偶者	ふりがな					
	氏名					
	勤務先等	名称	携帯電話 - -			
		所属	TEL (職場) - -			
職名		Mail @				
主治医	病院名					
	病院住所	TEL				
	医師名					
保険料	種類	政 共 保 険 者 延 国 者 番 号		記 号 番 号		
	ふりがな					
緊急連絡先	氏名					
	住所	〒 -				
	TEL					
	送迎人の登録	1 氏名	住所	携帯電話番号		
	続柄 ()	TEL				
	2 氏名	住所	携帯電話番号			
	続柄 ()	TEL				

※お迎えに来られる方は、顔写真の提出をお願いします。(カラー印刷・任意様式)

< 裏面へ続く >

家族構成	氏名	結婚	同居の有無	生年月日	年齢	健康状態	勤務先・通学/通所(園)先
		申込者		年 月 日	歳		
		配偶者	同居 別居	年 月 日	歳		
		子	同居 別居	年 月 日	歳		
			同居 別居	年 月 日	歳		
			同居 別居	年 月 日	歳		
			同居 別居	年 月 日	歳		

※「健康状態」欄には、健康状態が良好であれば「良」と記入し、もし何か特記事項がある場合には「－」と記入し、備考欄に記入願います。

(備考)

(別記様式第5―1号)

提出日 年 月 日

健康記録表

ふりがな						性別	
園児氏名						男・女	
生年月日		年 月 日		歳		ヶ月	
出産の状態		・保護者の方が「母子手帳」より、転記して下さい。					
妊娠周期		妊娠 週					
分娩経過 (母児の状態)		・特記事項がある場合のみ					
出 産 時 の 児 の 状 態	計測値	体重	g				
		身長	cm				
		胸囲	cm				
		頭囲	cm				
	特別な所見・処置						
既 往 歴	平 熱	度 分		脱 臼	無・有(部位)		
	区 分	麻 疹	風 疹	水 痘	流行性耳下腺炎	百日咳	日本脳炎
	年 齢	歳	歳	歳	歳	歳	歳
	熱性けいれん	無・有 初回 歳 カ月・最後 歳 カ月(これまでに 回)					
	喘 息	無・有 (治療を している ・ していない ・ 発作時のみ)					
	アトピー性皮膚炎	無・有 (治療は 内服薬 ・ 食事療法 ・ していない)					
	入 院	無・有 (病名 歳 カ月)					
		無・有 (病名 歳 カ月)					

(別記様式第5—2号)

提出日 年 月 日

◆予防接種の記録(園児氏名：)

○定期接種

種 類	接 種 日			種 類	接 種 日		
ロタウイルス	1回目	年	月 日	BCG(結核)	1回目	年	月 日
	2回目	年	月 日	四種混合 (ジフテリア・ 百日咳・ 破傷風・ ポリオ)	1回目	年	月 日
	3回目	年	月 日		2回目	年	月 日
	4回目	年	月 日		3回目	年	月 日
	5回目	年	月 日		追 加	年	月 日
B型肝炎	1回目	年	月 日	MR (麻疹・ 風疹)	1回目	年	月 日
	2回目	年	月 日		2回目	年	月 日
	3回目	年	月 日	水痘	1回目	年	月 日
ヒブ	1回目	年	月 日		2回目	年	月 日
	2回目	年	月 日	日本脳炎	1回目	年	月 日
	3回目	年	月 日		2回目	年	月 日
	追 加	年	月 日		追 加	年	月 日
小児用 肺炎球菌	1回目	年	月 日				
	2回目	年	月 日				
	3回目	年	月 日				
	追 加	年	月 日				

○任意接種

種 類	接 種 日		
おたふくかぜ	1回目	年	月 日
	2回目	年	月 日
インフルエンザ	1回目	年	月 日
	2回目	年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日

○臨時接種

種 類	接 種 日		
新型コロナ		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日
		年	月 日

(別記様式第6号)

食事状況調査書 (0歳～2歳児用)

記入日	年 月 日		保護者氏名		
園児名			性別	男・女	
生年月日	年 月 日 (年齢)		歳	ヶ月	
ミルク	母乳 ミルク 混合	メーカー () 乳首 (S M L クロスカット その他 ()) 1日 (回) ・1回量 (CC) ・温度 (あつめ 普通 ぬるめ)			
離乳	果汁 (ヶ月) スープ (ヶ月) おもゆ (ヶ月)	うらごし (ヶ月)	かゆ・うどん (ヶ月)	ごはんを食べる (ヶ月)	
現在食べている食品の形状		まだ果汁のみ ・スープ状 ・ペースト状 ・どろどろ ・形あり (やわらかい、歯ごたえあり)			
食べ方	・食べさせてもらう ・手づかみ ・スプーン、フォークを持つ ・箸で食べる ・自分で食べる ・時間がかかる (約 分) ・その他				
アレルギー	無し あるいは ()				
食事量	・少ない ・普通 ・多い	嫌いな食べ物	好きな食べ物		
現在までに使用した食品					
穀類	・米・麴・食パン・うどん・そうめん・チャンポン麺・ビーフン・スパゲティ・マカロニ				
芋類	・ジャガイモ・サツマイモ・サトイモ・片栗粉・春雨				
野菜類	・人参・かぼちゃ・ほうれん草・トマト・ブロッコリー・ピーマン・大根・きゅうり・白菜・キャベツ				
果物類	・りんご・みかん・バナナ・すいか・桃・いちご・メロン・キウイ・缶詰 (桃・みかん・パイ) ・果汁100%				
大豆・豆類	・豆腐・味噌・黄な粉・豆乳・納豆・大豆・インゲン豆・うずら豆				
魚類	・白身魚・しらす干・青身魚				
肉類	・レバー・(鶏・牛・豚) ・鶏肉・牛肉・豚肉				
卵類	・鶏卵 (白身・黄身・全卵) ・うずら卵				
乳類	・ヨーグルト (飲む 固形) ・牛乳・チーズ・カルピス・アイスクリーム				
油脂類	・植物油・マーガリン・バター・マヨネーズ・ごま油				
菓子	・離乳食用菓子・ボーロ・ウエハース・ビスケット・クラッカー・カステラ・煎餅				
睡眠	時間	午前睡 (時より 時間) 午睡 (時より 時間) 就寝時間 (時 分) 起床時間 (時 分)			
	寝かせ	無・有り (何かを持つ・添い寝・一人で寝る・寝つきが悪い・うつ伏せ・仰向け その他 ()			
	場所	ベッド・たたみ (ふとん)			
排泄	オムツ	・昼、夜つける ・昼寝のときだけつける ・夜寝るときだけつける			
	おしっこ	・させてもらう (トイレ・オマル) ・手伝ってもらう (トイレ・オマル) ・一人でする (トイレ・オマル) ・1日 回 ・したいときは知らせることができる (はい いいえ)			
	うんち	させてもらう (トイレ・オマル) 手伝ってもらう (トイレ・オマル) 一人でする (トイレ・オマル) 1日 回 したいときは知らせることができる (はい いいえ)			
	おむつかぶれ	今までかぶれたことはありますか? (はい いいえ)			
着脱	・できない ・しようとする ・できる				
言葉	・よく話す ・あまり話さない ・はっきり言えない ・その他 ()				
くせ	・指しゃぶり ・爪かみ ・その他 ()				
お子様が嫌がったり怖がるものがありますか?					
遊び	今まで誰と遊んでいましたか? ()				
	好きな遊びは何ですか? ()				
現在はだれとどのように過ごしていますか?					

(別記様式第6号)

食事状況調査書(3歳～5歳児用)

記入日	年 月 日		保護者氏名	
園児名			性別	男・女
生年月日	年 月 日		(年齢)	歳 ヶ月
首のすわり (ヶ月)	寝返り (ヶ月)	おすわり (ヶ月)	はいはい (ヶ月)	つかまり立ち (ヶ月)
伝い歩き (ヶ月)	歩き始め (ヶ月)			
今まで幼稚園、保育園に通ったことはありますか? ・ある(どこへ行かれていましたか?)) ・ない				
現在誰とどのように過ごしていますか?				
食 事	食 べ 方	・自分で食べる ・食べさせてもらう ・時間(約 分)		
		・何で食べますか?(箸 フォーク スプーン)		
		・好きな食べ物() ・嫌いな食べ物()		
	アレルギー	・無 ・有 ()		
睡 眠	就寝時間(時 分)		起床時間(時 分)	
	午睡	・する (時より 時間)		・時々する ・しない
	寝るとき のくせ	・無 ・有 ()		
	誰と眠りますか?()			
排 泄	おしっこ	・間隔が (長い 短い) ・トイレを (こわがる こわがらない) ・一人で (できる できない)		
	うんち	・規則的 (いつ頃)		
		・不規則 ひとりで (できる できない) ・パンツを (脱いでする おろしてする) ・後始末について (ひとりで拭ける 拭けない)		
着脱	・できない ・不完全だができる ・完全にできる			
ことば	・はっきり言える ・はっきり言えない ・その他 ()			
く せ				
遊 び	・誰と遊びますか			
	・好きな遊び			
お子様の特徴や性格があればご記入下さい。				
その他、園に伝えたいことがあればご記入下さい。				

(別記様式第7号)

病児保育連絡票(診療情報提供書)

フリガナ 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
病名			
症状	☐ 発熱 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 頭痛 ☐ 発疹 ☐ その他() *病名が不明の場合は、症状のみを記載してください		
経過			
病状	☐ 急性期(病状安定)	全身状態	☐ 良い ☐ あまり良くない
隔離	☐ 必要あり ☐ 必要なし		
安静度	☐ ベッド上安静 ☐ 病児保育室内安静 ☐ 病児保育室内保育(室内で普通に遊んでよい)		
アレルギー	☐ なし ☐ あり()		
処方	☐ なし ☐ あり		
処方内容	薬品名、1回の量、用法、与薬時刻、留意点 等		
注意点等			
病児保育利用可能(回復期には至らず、かつ、当面の症状の急変が認められない)と判断し、上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 電話番号 担当医師名			

※主治医が記載してください。

※受入の判断基準は裏面に記載のとおりです。

※ご記入いただいた個人情報は、病児保育の実施についてのみ利用します。

※当園の病児保育は、企業主導型保育事業における病児対応型の認定を受け運営をしております。病児対応型においては回復期(病後児)の児童をお預かりすることができませんので、急性期(病状安定)の場合のみ本票を作成いただくようお願いいたします。

病児保育の受入の判断について

病児の受入基準は、以下のとおりとなりますので、申し込みの際に参考にしてください。

【病児保育を利用できない状態】

お子様が以下の状態の場合は、病児保育の利用はできません。

- ・伝染性疾患（麻疹、水痘、風疹、新型コロナウイルス、流行性耳下腺炎、マイコプラズマ、溶連菌感染症、咽頭結膜熱、インフルエンザ）の急性期
- ・全身状態不良
- ・38.5℃以上の発熱が続いている
- ・咳がひどく、呼吸状態が悪い
- ・嘔吐、下痢がひどく脱水症状がある
- ・その他、医師が利用不可能と判断した場合

【伝染性疾患の利用許可基準】

疾患名	利用許可基準
麻疹	解熱後3日経過していること
水痘	新規水疱がなく、すべての発疹が痂皮化している
風疹	発疹が消失していること
新型コロナウイルス	発症後5日間かつ症状軽快して24時間経過していること
流行性耳下腺炎	腫脹出現から5日経過し、全身状態が良好であること
マイコプラズマ	解熱後24時間経過し、咳嗽がないこと
溶連菌感染症	抗菌薬服用後24時間経過していること
咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状消退後2日経過していること
インフルエンザ	発症後5日経過、かつ解熱後3日経過していること

(別記様式第8-1号)

入室情報記入用紙

利用日: 年 月 日 ()

フリガナ 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
昨夜の様子	(°C)		
今朝の様子	(°C)		
起床時刻	時 分	最終排便	時刻 状態
朝食内容	朝食摂取状況		
水分	☐ コップ ☐ 哺乳瓶 ☐ ストロー ☐ スプーン ☐ その他()		
ミルク	時 ml	時 ml	時 ml
食事	☐ 一人で食べられる ☐ 一部介助が必要() ☐ 全面介助が必要		
薬の飲ませ方	水薬: ☐ コップ ☐ 哺乳瓶 ☐ スプーン ☐ スポイド 粉薬: ☐ 粉のまま ☐ 水に溶かして		
排泄	☐ トイレで出来る(介助不要) ☐ トイレで出来る(要介助) ☐ おむつ		
午睡・寝かせ方	☐ 一人で寝られる ☐ トントンされて ☐ ()を持って		
持参品			
その他			
迎え予定時刻	時 分	迎え予定者	

※ご記入いただいた個人情報は、病児保育の実施についてのみ利用します。

* 与薬の依頼は、原則として医師の処方箋に限ります。

与薬依頼書

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願いします。

保護者名 年 月 日

(別記様式第8－2号)

同意書

鹿児島大学さつつん保育園長 様

年 月 日

児童氏名

住所

保護者氏名

病児保育の利用にあたり、下記の事項すべてに同意します。

1. 病児保育で預けている乳幼児の病状の急変時には、保護者又は保護者の代理の者が直ちに迎えに来ること。
2. 緊急時には、病状の変化に対する措置として、かかりつけの医療機関又は協力医療機関等の対応できる医療機関で受診し処置を受けること。
3. 病児保育の性質上、預ける乳幼児が施設内においてウイルス等に感染することが起こりうること。
4. 持参した飲食物の摂取により乳幼児の体調に異変が生じた場合、その持参した飲食物に関する一切の責任は保護者にあり、病児保育に苦情を申し出ないこと。
5. 乳幼児に係る事故が発生した場合、その事故が病児保育での故意又は重大な過失により発生したものでない限りその責任を問わないこと。
6. 保育園職員の配置の状況等によっては、病児保育室への入室を断られる場合があること。

(別記様式第9号)

保育予定表

年 月	園児名	保護者名
年 齢 歳 ヶ月	保育区分【基本・一時・病後】	

※基本保育の休みは、該当日の「開始時間」欄に斜線を引いてください。

日付	曜日	開始時間		終了時間	計	必要な場合○印を記入		実際のお預かり時間	延長保育			
						給食	おやつ					
1		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
2		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
3		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
4		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
5		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
6		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
7		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
8		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
9		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
10		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
11		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
12		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
13		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
14		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
15		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
16		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
17		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
18		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
19		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
20		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
21		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
22		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
23		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
24		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
25		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
26		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
27		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
28		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
29		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
30		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
31		：	～	：	H			：	～	：	(H)	
合 計					H	回	回	H				

(別記様式第10号)

年 月 日

与 薬 依 頼 書

鹿児島大学さつつん保育園長 殿

以下のとおり与薬を依頼します。

保護者名							
ふりがな 園児氏名		生年月日	年 月 日生				
薬に関する 緊急連絡先	(処方薬局名)		(電話番号)				
主治医	病院名						
	医師名		電話番号 — —				
病 名 また は 症 状							
薬 の 内 容 等	①持参した薬は、 年 月 日に処方された () 日分のうちの本日分 ②保管は、室温・冷蔵庫・その他 () ※○を付けて下さい。 ③薬の剤型 (該当するものに○を付けて下さい。) 粉薬 液 (シロップ) 外用薬 その他 () ④薬の種類 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・その他 ()						
使用日時 用 量	薬 品 名						
	使 用 日	使用時刻	1回用量	単位	投与者	確認者	保護者
	月 日	:					
	月 日	:					
	月 日	:					
	月 日	:					
内 服 薬 以 外 の 使用方法	(記入例：両手首から下に塗布・右目に点眼 等)						
そ の 他 注意事項							
添付書類	調剤薬局等からの薬剤情報提供書 (薬の説明書) を必ず添付して下さい。 薬の説明書は与薬を終了時にお返しいたします。						

※この用紙は保育園で園児に与薬を依頼する必要がある場合に医師の指示のもとに行うための連絡書です。

※薬1種類につき、1枚の記入をお願いします。

※市販の薬はお預かり・与薬することはできません。与薬は医師の診断を受け、処方されたものに限ります。

(別記様式第11号)

年 月 日

保育園長期欠席申請書

鹿児島大学さつつん保育園長 殿

長期欠席をしますので申請します。

ふりがな 申込者（職員）	
住 所	〒 _____
電話番号	携帯電話番号 _____ 自宅電話番号 _____ 職場内線番号（ _____ ）
ふりがな 園 児 名	
生年月日	年 月 日生
性 別	男 ・ 女
欠席理由	
欠席希望日	年 月 日 ～ 年 月 日
利用方法	基 本 保 育

（以下は記入しないでください。）

決裁欄								保育所確認欄	
園 長 (理事)	事務局長	総務部長	人事課長	課長代理 (労務管理 室長)	福利厚生係	専門職員	受付日	確認者	受付日

※保育園運営に係る業務上の処理以外には一切利用しません。

(別記様式第12号)

年 月 日

保育園退園届

鹿児島大学さつつん保育園長 殿

退園しますので届出します。

ふりがな 申込者（職員）	
ふりがな 園 児 名	
生年月日	年 月 日生
性 別	男 ・ 女
退 園 日	年 月 日

(以下は記入しないでください。)

決裁欄								保育所確認欄	
園 長 (理事)	事務局長	総務部長	人事課長	課長代理 (労務管理 室長)	福利厚生係	専門職員	受付日	確認者	受付日

※保育園運営に係る業務上の処理以外には一切利用しません。

別記様式第 1 号

別記様式第 2 号

別記様式第 3 号

別記様式第 4 号

別記様式第 5—1 号

別記様式第 5—2 号

別記様式第 6 号

別記様式第 6 号

別記様式第 7 号

別記様式第 8 号

別記様式第 9 号

別記様式第 10 号

別記様式第 11 号

別記様式第 12 号