



旧園舎

昭和14.1 「富士見保育園」保育開始(初代園長 野村 実 就任)
 昭和37.3 2階建園舎増築、定員190名に変更
 昭和40.9 法人の設立、定員177名に変更(初代理事長 野村 実 就任)
 平成16.10 3代目理事長 野村 哲 就任
 平成22.4 新園舎完成、定員190名に変更

名 称 富士見保育園
 経営主体 社会福祉法人 金剛会
 施設長 野村 哲
 定 員 190名
 建物構造 鉄筋コンクリート造3階建
 開園時間 7:30～19:00
 保育事業 延長保育、一時預かり、特定保育



社会福祉法人 金剛会 〒190-0013 東京都立川市富士見町2-26-1
 富士見保育園 TEL. 042-522-2834 FAX. 042-523-1231

一時保育の ご案内



富士見保育園

〒190-0013

東京都立川市富士見町2-26-1

TEL 042-(522)-2834

富士見保育園 一時保育のご案内

●一時保育って何ですか？

一時保育とは、保護者の方の短時間就労や育児疲れのリフレッシュなど、理由を問わずお子様を保育園で一時的にお預かりするシステムです。

沢山の園児と共に交流も含め楽しい経験を通し、丁寧な保育をしてまいります。

又、保護者の方の育児に関する不安を受け取めと一緒に子育ての楽しさが共有できたらと願っています。

是非ご利用下さい。

●定員は何人なの？

一日5人程度です。

先着順となっています。0歳児は6ヶ月よりのお預かりとなります。

●利用の方法は？

①申し込み

まず、保育園に電話をして面接の予約を行って下さい。

【受付時間】 月～金曜日 10時～16時まで

②面接、登録

【受付時間】 月～金曜日 10時～16時まで

保険証・乳児医療証・母子手帳・親子写真をお持ち下さい。

保育園で所定用紙にご記入の上、面接をさせていただき、生活面・健康面でのお話を伺った上で登録となります。

③予約

ご利用の前日までに電話で予約してください。利用希望月の前日より予約を受け付けます。

④利用する日の準備は

持ち物全てにお名前をお願いします。連絡帳にご記入の上、予約時間までにお越し下さい。

※大切なお子様をお預かりいたしますので、登録・予約についてはご希望に添えない場合もございます。

申し訳ございませんが、ご了承下さい。

●持ち物は？

0歳児 …着替え(上着・ズボン・肌着2～3枚)、オムツ(5枚)、お尻拭き、口拭きタオル、食事用エプロン、バスタオル(2枚)

1・2歳児 …オムツが取れているお子様はパンツ(3枚)、その他は0歳児と同様です。

幼児 …着替え(3組)、帽子、口拭きタオル、手拭タオル、バスタオル

●利用時間は？

月～金曜日の9時～17時です。

●利用料金は？

1日4時間以内…2,000円

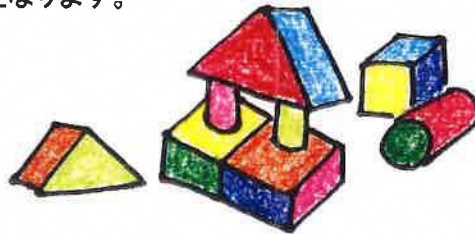
4時間以上…4,000円

※時間超過の場合には超過料金が発生いたします。

●一時保育が利用できない日は？

土曜、日曜、保育園行事日

年末年始(12/29～1/3)



年 月 日

一時支援保育利用登録申請書

_____ 保育園施設長 殿

現住所 立川市 町 丁目 番 号
番地

ふりがな

保護者 氏 名

電話番号

☐申請

年度の一時支援保育利用登録について、次のとおり

いたします。

☐解除

家族の状況

	フリガナ 名 前	性別	続柄	生年月日
申請児童		女・男		
		女・男		
		女・男		
		女・男		
家族構成				
その他の家族				

保育期間中の連絡先

住所	
氏名	
電話	

主に児童を送迎する者

氏名	
続柄	

注意

- 1、枠内をご記入ください。
- 2、解除の場合も必ずご提出願います。

授乳・離乳食表

現在の授乳・離乳食の時間帯

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

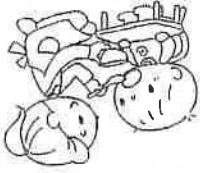
授乳

授乳時間 : ミルク cc																
おおよそ 時間おき cc																

離乳食

段階	初期	中期	後期	完了期
	食後ミルク必要 cc 必要なし			
まだ食べさせないでほしい食品				

★ 離乳食を食べているお子様は、
前々日までに、予約を入れてください



授乳・離乳食表

現在の授乳・離乳食の時間帯

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

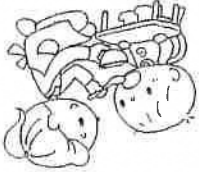
授乳

授乳時間 : ミルク cc																
おおよそ 時間おき cc																

離乳食

段階	初期	中期	後期	完了期
	食後ミルク必要 cc 必要なし			
まだ食べさせないでほしい食品				

★ 離乳食を食べているお子様は、
前々日までに、予約を入れてください。





児童票

保育園

No.				保育園				
児童名	ふりがな	生年月日	年齢	<親子写真 添付>				
	(男・女)							
健康保険証		かかりつけの医療機関・電話番号						
保険本人名								
保険者番号 記号・番号								
現住所	〒			緊急連絡先				
電話								
						氏名	続柄	生年月日
同居家族					①			
					②			
生活状況	生活・あそびの面で気になることや配慮してほしいこと、伝えたいことなどありましたら、お書き下さい。				平熱	アレルギーの有無 無 ・ 有 ()		
	食事で気になっていること(アレルギー・その他)などありましたら具体的にお書き下さい。							
保育園記入欄					面接担当者名			

☆ 個人情報について

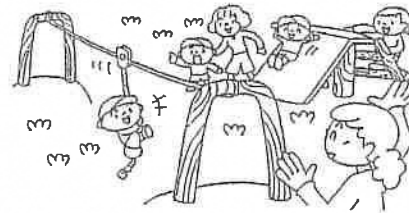
保育園では、一人ひとりの個人情報を守りながら運営しております。

しかしながら、ご家庭の皆様には子どもたちの日々の成長の様子を、写真・ビデオ・文書など必要に応じて活用しながらありのままの姿をお伝えしていきたいと考えております。

以下の様な配慮を致しますので、不都合がありましたら担任まで前もってお知らせ下さい。

- * 園内やクラスに掲示するものに関しては、特にお知らせいたしません。
- * 園外に持ち出すものに関しては、個々にお知らせして確認いたします。

子育ての楽しさや喜びをご家族の皆様と分かち合い共有しながら子育てをお伝えしていきたいと思っております。



感染症における登園停止について

—保護者の皆様へ—

2007年9月
立川市医師会

学校保健法により出席停止となる疾患が定められています。この疾患は学校、幼稚園、保育園に通っているお子様にも適応されています。(学校保健法第12条、13条、20条)定められた疾患は以下のような特徴があります。

- ① 感染力の強い疾患である。
- ② 発病した際、重症化したり周囲に被害を及ぼすことがある。
- ③ 感染すると発病する可能性が高く登校(登園)停止によりある程度流行を阻止できる。

このような理由から第2種伝染病の登校(登園)時期が決められています。これらの疾患では自宅にて安静加療することにより、重症化を防ぎ、回復を早め、合併症を無くすることが大助になります。

第2種伝染病の登校(登園)停止期間 (これらの疾患は登校できません)

インフルエンザ	解熱した後2日を経過するまで。
百日咳	特有の咳が消失するまで。
麻疹(はしか)	解熱した後3日を経過するまで。
流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで。
風疹	発疹が消失するまで。
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで。
咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで。
結核	学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで。

以上のとおりですがこれらは通常の場合であり、重症化したり合併症があれば長くなりますし、一部症状が残っていても登校許可となることもあります。そこは主治医の先生の判断となります。

例) 流行性耳下腺炎に合併する顎下腺腫脹や、水痘による手のひらの水疱は本疾患治癒後も残ることがあります。インフルエンザにタミフルを服用すると早期に解熱しても治癒には至らず全身状態が良くないことがあります。

第3種伝染病およびその他の伝染病

(第2種のように法律では決められていません)

集団での流行があり、たいていの場合は軽症ですが、まれには合併症を伴ったり重症化することがあります。児の全身状態や、集団生活に耐えられるか否かが登園の基準として重視されることになります。したがって、病欠および登園許可症の必要の可否は、流行の阻止の意味のほか、集団生活が可能か否かを保護者と医師が相談して登園基準を決めることもあります。

(第3種の伝染性疾患)

腸管出血性大腸菌感染症	学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで。
流行性角結膜炎	同上。
出血性結膜炎	同上。

(その他の伝染病の代表例)

溶連菌感染症	適切な抗菌薬にて治療開始後24時間を過ぎるまで。
ウイルス性肝炎	A型は肝機能が正常化するまで。 B、C型は、医師の判断により。全身状態が良好になるまで。
手足口病	全身状態が安定するまで
ヘルパンギーナ	全身状態が安定するまで
マイコプラズマ感染症	急性期が過ぎて全身状態が良好になるまで
流行性嘔吐下痢症	病状回復後、全身状態が良好になるまで
伝染性紅斑(りんご病)	出席停止不要
アタマジラミ	出席停止不要
伝染性軟属腫(みずいぼ)	出席停止不要
とびひ	出席停止不要

<注>

アタマジラミ、とびひは症状が強く、周囲への伝染が心配されたり、「お泊まり保育」「プール」などの行事がある場合、園の担当者からお休みしていただく相談があることがあります。

アレルギー申告表

氏名 _____ 記入日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1) 食べさせてほしくない食品に[✓](チェック)してください。

食品名	摂取不可能なものに○(マル)をしてください。
卵 (魚卵含む)	生卵・加熱卵・ケーキ類・つなぎ程度 (ハム等)
牛乳	飲用牛乳・加熱牛乳・つなぎ程度 (パン、焼き菓子)
乳製品	チーズ・アイス・プリン
小麦	うどん・スパゲッティ・パスタ類・ケーキ類・調味料・つなぎ程度
大豆	きなこ・大豆油 (マヨネーズ菓子)・枝豆・調味料
魚介類	えび・いか・たこ・かに・貝類・鮭・まぐろ・だし用
フルーツ	
ナッツ類	
そば	
その他	

2) ①即時型反応： ショック・咳き込み・呼吸困難・嘔吐、下痢
顔面紅潮・蕁麻疹・かゆみ

・ アナフィラキシー症状の既往 (有 ・ 無)

「有」の場合：原因食品

②非即時型反応： 湿疹・かゆみ・下痢

3) 与薬の有無 (有 ・ 無)

・ 薬品名

4) その他、配慮・注意すること

5) 以下の文面に同意されましたら、サインをお願いします。

① 原則として、除去食は行っておりません。

除去食を希望されるお子さんは、お弁当をご持参ください。
(必要にあわせて、飲み物・おやつもご持参ください)

② アレルギーの変更・解除があった場合には、必ず一時支援保育をご利用になる前にお知らせください。

保護者氏名 _____



緊急連絡表

		NO.		生年月日	
児童名	ふりがな	性別	平成	年	月 日生
住所	立川市	町	丁目	番地	号 住 ()
父母の状況					
氏名	父	母			
携帯					
勤務先					
非常時連絡先					
(第一)		(第二)			
警戒宣言連絡先					
警戒宣言(交通機関が使えることを前提とする・代理人を含む)					
警戒宣言 対策	迎えの人(児童との関係)		住所・電話		所要時間
	大規模地震(交通機関が使えないことを前提とし、独力で保育園までこられる・代理人を含む)		住所・電話		所要時間
	迎えの人(児童との関係)				

健康診断問診表

(一時支援保育用)

名前 ()

平成 年 月 日生 歳 ヶ月 男・女

次の項目にぐわしくご記入ください。

1. 現在または最近までに医師にかかっていた病氣がありますか (かかった病氣:)	はい・いいえ
2. 心臓病、腎臓病、リウマチ熱などその他大きな病氣をしたことがありますか (大きな病氣:) ⇒ その病氣について圖で注意することがありますか ()	はい・いいえ
3. ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか (いつ) (いつどんなとき) ⇒ その時検査を受けましたか。 受けた・受けない (年 月 日 検査) ⇒ 現在、治療中ですか。 はい・いいえ (年 月 日から)	はい・いいえ
4. アレルギー体質といわれたことがありますか 食物アレルギー(食品)・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・喘息・その他() ⇒ 保育園で氣をつけることがありますか ()	
5. 家族の方で、病氣の方はいいますか(アレルギー、心臓病、肝炎、けいれんなどを含む) いない・いる (病名 続柄)	
6. 母子手帳を参考にして、ご記入ください	

出生	自然・帝王切開・吸引 鉗子・早産(週)	出生時 計測値	体重 胸囲	身長 cm 頭囲	cm	平熱	かかりつけの病院
栄養法	母乳・混合・人工乳	保育上 配慮が 必要な 事項	心臓病 / ひじ・肩がはずれやすい / 難聴 眼鏡使用 / その他 ()				
離乳食	開始 終了	か月 か月	保育園で氣をつけること()				

おこしやすい病氣・体質 下痢・便秘・風邪をひきやすい・喘息・ゼイゼイしやすい・咳・嘔吐・かぶれやすい
じんましん・その他()

既往歴	麻疹(はしか) 水痘(みずぼうそう)	百日咳	風疹	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	中耳炎	脱臼					
	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳				
予防接種	BCG 生ポリオ	不活化 ポリオ	(三・四)種 混合	Hib	肺炎球菌	MIR	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 水痘(みずぼうそう)	日本脳炎	インフルエンザ	ロタウイルス	B型肝炎
接種年	1回	2回									
月											
日											

備考欄

平成 年 月 日

面接担当者()