

5 川こ運支第 4 7 3 号

令和 5 年 1 2 月 1 2 日

保育所長・認定こども園長 各位

地域型保育事業所設置者 各位

川崎市こども未来局保育・子育て推進部

運営支援・人材育成担当 佐藤 美佳

令和 6 年 4 月入所児童に係る入園前健康診断に基づく健康管理委員会の申請について

健康管理委員会は、医師、保育所等関係者、行政職員等で構成され、そのお子さんが集団生活の中で保育が可能かを審議する機関です。入所に係る審議の他、年間を通じて病児、与薬及び除去食について審議を行います。

令和 6 年 4 月入所児童に係る審議は、令和 6 年 3 月 8 日（金）の健康管理委員会で行います。

入園前健康診断の結果、健康管理委員会の審議が必要となった場合は、期日までに書類を御提出くださいますようお願いいたします。また、決められた期間の範囲内で嘱託医と日程調整の上、入園前健康診断を実施してください。

1 3 月 8 日（金）に行われる審議内容について

令和 6 年 4 月入所児童に係る審議のうち、次の場合のみ審議が行われます。

【入園可否の審議】

入園前健康診断の結果、健康管理上または集団生活上、特に注意が必要と認められた場合

【与薬（抗けいれん薬・エピペン等）の審議】

主治医の指示により入園と同時に園で与薬の必要がある場合

【健康状態の報告】嘱託医の判断により報告の必要があるもの

【川崎病報告】報告の必要があるのは心臓疾患等を合併している場合のみです

※ 入園の可否に係らない除去食申請、及び緊急を要さない与薬申請（乳糖不耐症や薬による特定の食物の除去等）の審議は、令和 6 年 5 月の健康管理委員会を実施します。必要書類を令和 6 年 4 月 22 日（月）必着で運営支援・人材育成担当へ御提出ください（児童家庭課ではないことに注意）。

2 入園前健康診断実施期間と健康管理委員会への書類の提出期限

	一次利用調整 内定者	二次利用調整 内定者
●入園前健康診断実施期間（書類審査を含む） R6.1.23(火)～	～R6.2.22(木)	～R6.2.29(木)
●健康管理委員会申請書類提出期限		
【入園可否の審議】 園⇒各児童の居住区児童家庭課に提出	<u>R6.2.26(月)</u>	R6.3.1(金)
【上記以外】 園⇒運営支援・人材育成担当に提出		

- 入園前健康診断の結果、健康管理委員会に入園可否の審議を申請する場合は、事前に 各区児童家庭課及び、運営支援・人材育成担当（044-200-2664）に電話連絡をお願いいたします。
- 提出期限に間に合わない可能性がある場合には、運営支援・人材育成担当に電話で御相談ください。

3 提出書類

- ・ 提出書類については、別紙「健康管理委員会提出書類一覧表」と「提出書類について」を参考にしてください。様式については、添付のものを使用してください。
- ・ 各区児童家庭課から事前に主治医の意見書（様式）をお渡ししている場合がありますが、嘱託医（園医）が審議の必要なしと判断した場合は、健康管理委員会に申請書類を提出する必要はありません。

4 健康管理委員会の審査結果

【入園可否の審議】

審査結果については、各区児童家庭課から保護者宛・施設長宛にそれぞれ連絡を行います。

【与薬（抗けいれん薬・エピペン等）の審議】

- ・ 審査結果については、運営支援・人材育成担当から施設長宛に行います。施設長は保護者に結果を伝え、入園後に与薬が開始できるようにしてください。

5 健康管理委員会申請にあたっての注意事項

- ・ 除去食など緊急を要さない審議は5月の健康管理委員会となりますが、除去食が必要と園で認める場合は、入園後すぐに主治医の指示する除去食対応をできるようにお願いいたします。
- ・ 与薬については健康管理委員会の許可がおりるまで使用はできません。
- ・ 健康管理委員会は3月の他に5，7，9，11，1月の5回開催され、お知らせはメールにて園に送付いたします。書類提出はお知らせに関係なくいつでも受け付けています。

その他、御不明な点はこども未来局保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当までお問い合わせください。

参考資料（URL／二次元コード）

保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）

（2023(令和5)年10月一部修正）

[保育所における感染症対策ガイドライン\(2018年一部改訂版\)2023年10月一部修正 \(cfa.go.jp\)](https://www.city.kawasaki.jp/450/page/0000077169.html)

川崎市健康管理マニュアル ※2024(令和6)年に改訂予定

入園前健康診断記録表、健康管理委員会申請書様式は

こちらを御覧ください。

<https://www.city.kawasaki.jp/450/page/0000077169.html>



問合せ 運営支援・人材育成担当

TEL 044-200-2664

FAX 044-200-3933

Mail 45suisin@city.kawasaki.jp

令和6年4月入所児童に係る川崎市保育所等入園前健康診断実施細目

1 入園前健康診断の目的

入園前健康診断は、内定を受けた児童について、事前に先天性疾患及び伝染性疾患等集団生活に支障をきたす疾病の有無、その他の健康管理上必要なデータを得ることを目的として実施するものです。

2 実施について

従来は、全ての新入園児が嘱託医（園医）による対面での診断を受けていますが、令和6年度入園前健康診断については、感染症拡大防止のため、昨年同様に以下の方法で実施します。

＊基本的には書類審査となります。

＊入園前健康診断記録表への入所の「適否」記載をもって入園確認とします。入園前健康診断記録表の作成は全員必須です。

＊園が書類（児童票、健康記録表、母子手帳）を確認し、嘱託医（園医）に報告・相談の上、必要と判断された児童のみ嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断を実施します。

＊判断に迷った時は嘱託医（園医）に相談してください。

《実施方法》

- （1） 児童家庭課から送付された児童票・健康記録表に保護者が必要事項を記入し、園に持参します。園長は受け取り時に記載事項のチェックや健康面の簡単な聞き取り、母子手帳の確認等を行います。

【日程のめやす】 一次利用調整内定者：1月下旬頃 二次利用調整内定者：2月20日頃

- （2） 園で身体測定・健康確認を行い、入園前健康診断記録表に記入します。児童の様子を観察し、聞き取りを行いながら健康上の注意・留意点を確認してください。

※ 感染症に配慮し、必要に応じて土曜日に時間をずらして行うなど園ごとに方法を御検討ください。

※ 別紙「入園前確認様式」を参考にしてください。

※ 入園前面談（入園説明）については、（5）の「入園の適否」が「適」となってから行ってください。

【日程のめやす】 一次利用調整内定者：1月末～2月上旬 二次利用調整内定者：2月下旬

- （3） 園から嘱託医（園医）に児童票、健康記録表、入園前健康診断記録表の内容や、健康確認の様子を報告します。嘱託医（園医）と相談し、「書類審査のみで適とする児童」と「嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断を実施する児童」を決定します。

～嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断が必要な基準～

- 1 現在、定期的に医療機関受診を指示されている児童
- 2 健康診断で発育発達について問題が指摘された児童
- 3 家庭での生活に健康上で不安や困難を感じる児童
- 4 主治医から園生活で何らかの指示がされている児童
- 5 保育所職員が（面談時の聞き取りや）書類上健診が必要と考える児童
- 6 以上に当てはまらないが、保護者から健康上の不安について具体的に示され、嘱託医（園医）による健診を希望する児童

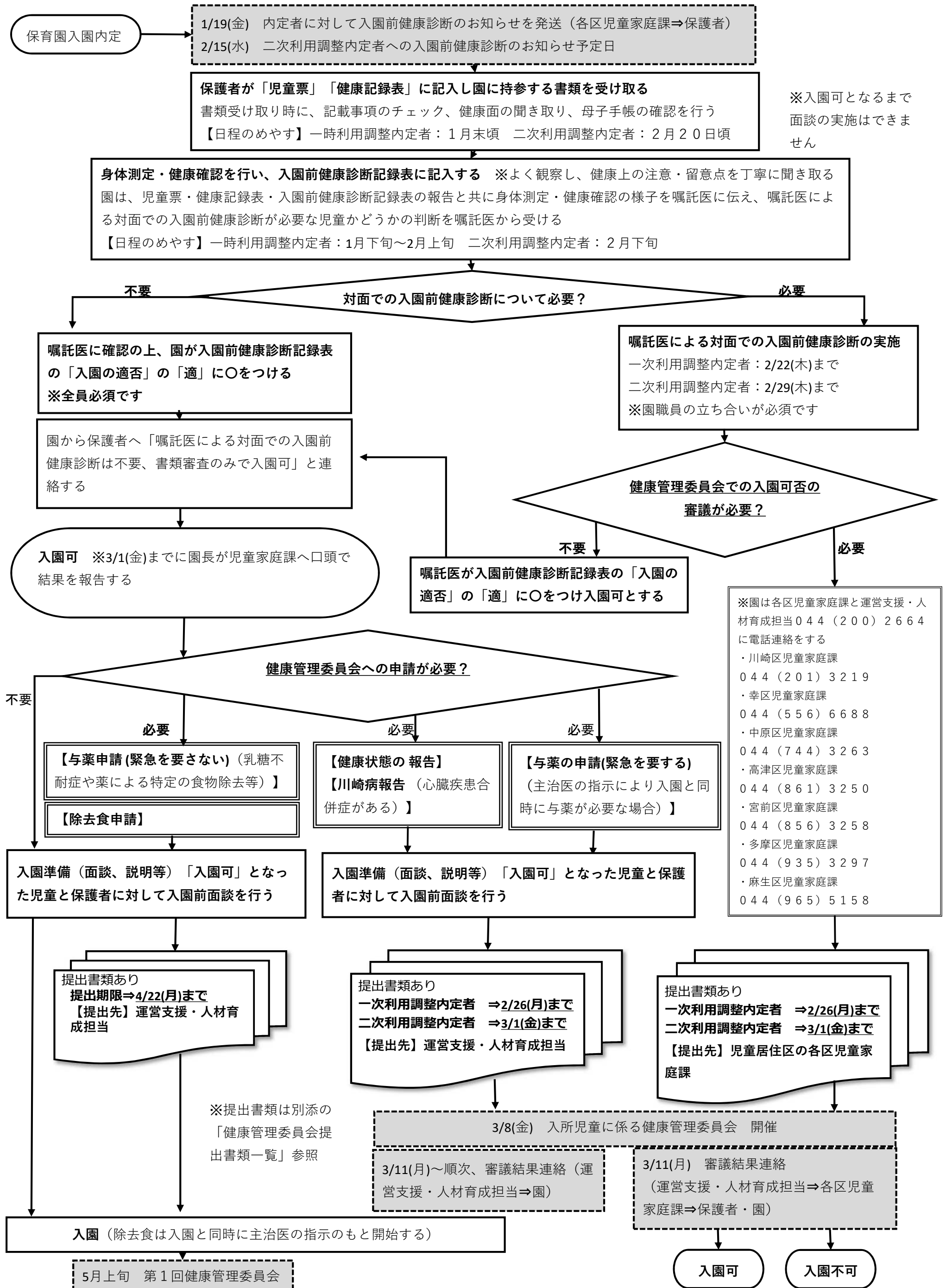
- (4) 園長は、内定になった全ての児童に「書類審査のみで、対面での入園前健康診断は不要」または「嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断が必要」の電話連絡をします。
- (5) 書類審査のみで、対面での入園前健康診断は不要となった児童については、嘱託医（園医）に確認後、入園前健康診断記録表の「入園の適否」の「適」に○をつけ、入園可とします。「入園可」となった児童については、入園説明のための面談の日程を伝え、面談を実施してください。また、入園後、可能な限り初回の定期健康診断を受けられるようにしてください。
- (6) 必要な児童に対して、嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断を行います。
- ✧ 嘱託医（園医）と相談し、実施期間内に行ってください。
 - 【実施期間】一次利用調整内定者：1/23(火)～2/22(木) 二次利用調整内定者：～2/29(木)
 - ✧ 原則は園で実施しますが、診療所での実施（保育所職員の付添いが必要）や、園の定期健康診断と同時に実施など、実施方法について嘱託医（園医）と相談してください。
 - ✧ 保護者の付添いは児童1名に対して1名とします。
 - ✧ 原則として、咽頭検査は行いません。
 - ✧ 病気等の理由により都合のつかない児童がいた場合も原則として、期間内で受診するように配慮してください。
 - ✧ 期間内で実施が困難な場合は、園長と嘱託医（園医）とで協議して日程を調整してください。

3 嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断結果の報告

- (1) 嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断の結果、さらに健康管理委員会での入園可否の審議が必要と判断された場合は、事前に各区児童家庭課及び、運営支援・人材育成担当に電話連絡をした上で申請に必要な書類を期日までに児童居住区の児童家庭課に送付してください。
- 【提出期限】一次利用調整内定者：2/26（月）必着 二次利用調整内定者：3/1（金）必着
- ※ 必要書類については、別紙「健康管理委員会提出書類一覧表」及び「提出書類について」を参照。主治医意見書の発行には日数を要する場合がありますので、速やかに保護者にお知らせください。
- (2) 嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断の結果、「入園の適否」は「適」となったが、健康管理委員会に“病気のケース報告が必要”または“4月1日からの与薬の預かりが必要”と判断された場合には、申請に必要な書類を期日までに運営支援・人材育成担当に送付してください。
- 【提出期限】一次利用調整内定者：2/26（月）必着 二次利用調整内定者：3/1（金）必着
- ※ 必要書類については、別紙「健康管理委員会提出書類一覧表」及び「提出書類について」を参照。主治医意見書の発行には日数を要する場合がありますので、速やかに保護者にお知らせください。
- (3) 嘱託医（園医）による対面での入園前健康診断の結果、健康管理委員会での審議が必要ない児童については、入園前健康診断記録表の入園適否欄に「適」と記載されていることを確認したうえで、園長が口頭により児童家庭課に連絡することにより報告に代えることとします。

入園前健康診断についてのフローチャート(令和6年4月入所)

※嘱託医＝園医



入園前確認事項

参考様式

施設名

氏名

才児

生年月日

確認事項	○×	内容など	
定期的に医療機関を受診している		病院名	受診内容
主治医から保育園生活で指示がされている		病院名	指示内容
健康診断で指摘事項があった		健診名	指摘内容
家庭での生活に健康上で不安、困難を感じる		内容	
療育センターなどに通所中		通所名	内容など
保育所職員が書類を確認し、健診が必要と感じた		内容	
保護者から健診の希望があった		保護者の様子	
その他			
入園前健診実施の要否(保育園案)		要	否

事 務 連 絡

令和5年12月12日

保育園医各位

川崎市医師会保育園医部会

部会長 宮 下 好 洋

令和6年4月入所児童の入園前健康診断の実施について（通知）

時下、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

令和6年度4月入所児童に係る川崎市保育所等入園前健康診断につきまして、感染症の拡大防止のため実施方法を昨年度と同様としました。別紙「令和6年4月入所児童に係る川崎市保育所等入園前健康診断実施細目」に基づき、原則として一次利用調整内定者については令和6年1月23日（火）から2月22日（木）までの間に、二次利用調整内定者については2月29日（木）までに実施することといたします。

令和5年度と同様、基本は書類審査となりますが、入園前健康診断の実施が必要な児童について園からの相談、確認があると思います。時節柄、御多用とは存じますが、御対応の程よろしくお願い申し上げます。

なお、新入園児に関する健康管理委員会は、予定通り令和6年3月8日（金）に開催いたしますので御協力をお願いいたします。

【問合せ先】

健 康 管 理 委 員 会 事 務 局

こども未来局保育・子育て推進部

運営支援・人材育成担当 前崎

TEL044-200-2664



健康管理委員会に関わる 提出書類の御案内

令和 5 年 12 月発行

川崎市こども未来局保育・子育て推進部

問い合わせ：健康管理委員会事務局（TEL 044-200-2664）

健康管理委員会 提出書類一覧表

R5.12

様式 No.	申請内容 (ページ番号) 様式	一般病 (一般の疾病)	川崎病 (心臓疾患がある場合のみ)	与薬 (乳糖不耐症や薬による食物除去含む)			食物アレルギー			
				エピペン 申請	エピペン以 外の申請	与薬 解除	除去食 申請	除去食 変更	除去食 継続	除去食 解除
		p.1	p.3	p.5	p.7	p.8	p.10	p.11	p.12	p.13
A1	川崎市保育園 〔在園児健康診断 入園前健康診断〕の結果報告	△	△	△						
	児童票1枚(写し)	○	○							
	健康記録表(3枚)(写し)	○	○							
A2	主治医様 意見書記載のお願い (一般病・川崎病・与薬申請用)	※	※	※	※					
A3	主治医意見書 一般病用(2枚)	▲		▲	▲					
A4	主治医意見書 川崎病用(2枚)		▲							
A5	入園前健康診断記録表(1枚) (写し)	●△	●△							
A6	施設長意見書	●	●	●						
A7	与薬申請書(抗けいれん剤・エピ ペン・その他)			○(△)	○(△)					
A8	与薬解除届(抗けいれん剤・エピ ペン・その他)					○(△)				
B1	保護者各位 食物アレルギーの 対応について						※			
B2	主治医殿 意見書記入のお願い (食物アレルギー申請用)						※			
B3	除去食申請書						○			
B4	除去食申請に対する主治医意見 書(2枚)						▲	(▲)		
B5	除去食変更(解除)・継続申請書							○	○	○
B6	保育施設での対応経過欄							●	●	

○ 保護者記入

(△)園医の押印が必要 (▲)食品の追加・厳格化の場合は必要

● 保育園記入

△ 嘱託医(園医)記入

▲ 主治医記入

※ 配布書類

食物アレルギー以外で食物制限(乳糖不耐症や薬を服用中で特定の食物の除去等)が必要な場合は【与薬 エピペン以外の申請】となります。「主治医意見書(一般病用)」と「与薬申請書」の提出をお願いいたします。

主治医意見書を記入していただく際に
主治医へ一緒にお渡しください。

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く
感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環
として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよ
う努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になって
おります（ ）の病状について、別紙主治医意見書に御記載
くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

3/3

(一般病用)

3. 発病可能になった状況と検査結果

原本を提出して下さい。

1/2

(一般病用)

施設名

主 治 医 意 見 書

年 月 日

所在地

医療機関名

電 話

医 師

住所 川崎市 区

児童名

年 月 日生

男・女 () 歳

病名

1. 現病発病よりの経過

2. 既往歴

(3)

片面印刷をお願いします。

コピーを提出して下さい。

入園前健康診断記録表

元風石

生年月日

生

健診年月日	・	・	所見
体格	大・中・小	O.B	
栄養	やせ・肥満	O.B	
成長記録	遅延	O.B	
顔色	蒼白・異常 顔色・黄疸	O.B	
顔貌		O.B	
頭型	非対称・尖頭	O.B	
頭蓋骨	あり	O.B	
大泉門	閉鎖	O.B	
眼	貧血・眼脂・結膜炎	O.B	
鼻	鼻汁・鼻閉・ただれ	O.B	
耳	耳垢・耳漏・滲しん	O.B	
口腔咽頭	舌苔・扁桃異常 アフター・地図状舌 チアノーゼ 扁桃肥大 I・II・III	O.B	
頸部	リンパ腫腫脹	O.B	
皮膚	贅血・浮腫・発しん 出血斑・チアノーゼ	O.B	
胸部	形状	胸・扁平・細長・ロート ハジソン溝・念珠	O.B
	心	心雑音	O.B
呼吸器	ラ音・喘鳴	O.B	
腹部	膨張・鼓張・腸索 腫瘤	O.B	身長_____cm
骨柱	円背・傾斜	O.B	体重_____kg
四肢	O脚・X脚・内反足 外反足 関節及び筋異常 運動障害・跛行	O.B	胸囲_____cm
開排便限	あり	O.B	頭囲_____cm
肛門外陰部	ヘルニア・陰のう水腫 痔留瘻丸 肛門びらんじ裂	O.B	カウプ指数
その他		O.B	
入園の適否	適・否		
福祉印			

(4)

(R4.8)

原本を提出して下さい。

年 月	施設長意見書
児童名:	
児童の生年月日:	年 月 日
施設名:	
施設長名:	
① 施設長から見た現在(入所前健診時等)の児童の状況・親の状況	
② 交流保育、園庭開放への児童の参加の有無と児童の様子	
・ 参加の有無(有・無)	
・ 参加している場合の児童の様子	
③ 療育センターとの連絡の有無および内容	
・ 連絡の有無(有・無)	
・ 有る場合の内容	
④ 施設から保護者への健康面、保育面についての指導の有無及び内容	
・ 指導の有無(有・無)	
・ 有る場合の内容	
⑤ その他	

(R4.8)

(5)

施設長・園長が記入して下さい。

川崎病 提出書類について

主治医意見書を記入していただく際に
主治医へ一緒にお渡しください。

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く

感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環

として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよ

う努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になって

おります（ ）の病状について、別紙主治医意見書に御記載

くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

2/2

(川崎病用)

3. 空間可能な状況と検査結果

(超音波診断心エコー検査、アンギオグラフィ、心電図、レントゲン検査)

原本を提出して下さい。

1/2

(川崎病用)

施設名

主 治 医 意 見 書

年 月 日

所在地

医療機関名

電 話

医 師

住所 川崎市 区

児童名

年 月 日

男・女 () 歳

病名

1. 現症(MCLS)発病よりの経過

① 施設長から見た現在(入所前健診時等)の児童の状況・親の状況

(R4.8)

コピーを提出して下さい。

入園前健康診断記録表

児童名

生年月日

生

健診年月日	所見
体格	大・中・小 O.B
栄養	やせ・肥満 O.B
成長記録	遅延 O.B
顔色	蒼白・異常 顔色・黄疸 O.B
顔貌	O.B
頭部	頭型 非対称・尖頭 O.B
頭蓋骨	あり O.B
大泉門	閉鎖 O.B
眼	貧血・眼瞼・結膜炎 O.B
鼻	鼻汁・鼻閉・ただれ O.B
耳	耳垢・耳漏・湿しん O.B
口腔咽頭	歯牙ノ後継異常 アフター・地図状舌 チアノーゼ O.B
扁桃腺	扁桃肥大 I・II・III O.B
頸部	リンパ腺腫脹 O.B
皮膚	貧血・浮腫・発しん 出血斑・チアノーゼ O.B
胸部	形状 鳩・扁平・短長・ロート O.B
心	ハジソノ音・念珠 O.B
呼吸器	ラ音・喘鳴 O.B
腹部	緊張・膨張・腸音 O.B
背柱	円背・側彎 O.B
四肢	O脚・X脚・内反足 外反足 O.B
関節	関節及び筋異常 運動障害・跛行 O.B
開排便限	あり O.B
肛門外陰部	ヘルニア・陰のう水腫 停留睾丸 O.B
その他	肛門びらんじ裂 O.B
入園の適否	適・否
転託医印	

身長 cm

体重 kg

胸囲 cm

頭囲 cm

カウズ指数

(R4.8)

原本を提出して下さい。

年 月 施設長意見書

児童名:

児童の生年月日: 年 月 日

施設名:

施設長名:

① 施設長から見た現在(入所前健診時等)の児童の状況・親の状況

施設長・園長が記入して下さい。

与薬申請(エピペン) 提出書類について

原本を提出して下さい。

川崎市保育園 { 在園児健康診断 } の結果報告
 { 入園前健康診断 } いずれかに○

施設名
 ふりがな _____ 生年月日 _____
 児童名 _____ 年 月 日生

健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理上問題があると思われます。

☐ 入園可否の審議
 健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理委員会での入園可否の審議が必要と思われます。

☐ 健康状態の報告
 健康診断の結果、入園する本児童について、次の理由により健康管理委員会へ健康状態を報告いたします。

理由 _____

*なお、診断内容については別添入園前健康診断記録表を参照してください。

年 月 日 嘱託医 印

* 健康記録表と入園前健康診断記録表を添付して保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に提出してください。(エピペン申請の場合は添付不要です。)

* 入園の可否に係る場合のみ、保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に連絡後、各区児童家庭課に提出します。

(R5.12)

(3) 嘱託医（園医）が記入して下さい。

原本を提出して下さい。

年 月 施設長意見書

児童名：
 児童の生年月日： 年 月 日
 施設名：
 施設長名：

① 施設長から見た現在（入所前健診時等）の児童の状況・親の状況

② 交流保育、園庭開放への児童の参加の有無と児童の様子
 ・参加の有無（有 ・ 無）
 ・参加している場合の児童の様子

③ 療育センターとの連絡の有無および内容
 ・連絡の有無（有 ・ 無）
 ・有る場合の内容

④ 施設から保護者への健康面、保育面についての指導の有無及び内容
 ・指導の有無（有 ・ 無）
 ・有る場合の内容

⑤ その他

(R4.8)

(4) 施設長・園長が記入して下さい。

主治医意見書にエピペン使用のタイミング等の緊急時の対応が記載されていない場合は、保護者に聞き取る等した補足事項をこちらに記載してください。

また主治医から示されたエピペン使用ガイドの提出があった場合は、それも添付してください。

与薬申請(抗けいれん剤・その他)提出書類

(健康管理マニュアル 7 版 p19)

- ※ 川崎市認可保育園から認可保育園への転園の場合は、申請書の再提出は不要ですが、こども未来局保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当（200-2664）へ電話で転園したことをお知らせください。
- ※ 抗けいれん剤について次の3つの要件を全て満たす場合は、申請することはできません。

- ア 両親ともにけいれん歴がないこと
- イ 熱性けいれんを繰り返し再発していないこと
- ウ 初めての発作が1歳児以上のとき

- ※ その他には、飲み薬や塗り薬だけでなく、乳糖不耐症での牛乳除去や代替ミルクの提供、薬の飲み合わせによって特定の食物の除去が必要な場合の申請、病気による特殊ミルクの提供も含まれます。

- (1) 与薬申請書（抗けいれん剤・エピペン・その他）
- (2) 主治医意見書（一般病用）

原本を提出して下さい。

嘱託医（園医）に報告し
押印してください。

施設 嘱託医		健康管理委員会 副委員長 副委員長 部長	
		印	
与薬申請書（抗けいれん剤・エピペン（その他））			
年 月 日			
申請者名		施設名	
児童名 男・女		年 月 日生	
申請理由			
該当するものに○をします。 その他の場合、薬の名前もその下に書き加えます。 乳糖不耐症や薬の飲み合わせでの特定の食物の除去が必要な場合もその他に○をして、内容は申請理由に具体的に書いてください。			
熱性けいれんの家族歴の有無（抗けいれん剤の申請の時のみ記入して下さい。）			
父	有・無	才頃	
母	有・無	才頃	
兄弟姉妹他	有・無	才頃	
	有・無	才頃	
	有・無	才頃	

(1) 点線の枠内は保護者が記入して下さい。

原本を提出して下さい。

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよう努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になっております（ ）の病状について、別紙主治医意見書に御記載くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

原本を提出して下さい。

施設名	
主治医意見書	
年 月 日	
所在地	
医療機関名	
電 話	
医 師	
住所 川崎市 区	
児童名	年 月 日生
男・女	() 歳
病名	
1. 発症発病までの経過	
2. 既往歴	

(2) 片面印刷をお願いします。

保育園で薬を使用するタイミング、薬の量等が主治医意見書で指示がされているか確認します。記載がない場合は、保護者に医師の指示を聞き取り、聞き取った内容を付箋に書き、張り付けてください。医師の指示が別紙になっている場合は内容がわかるようにコピーし、添付して下さい。

与薬解除 提出書類

(健康管理マニュアル 7 版 p18)

※ 卒園・転園の場合には解除の申請は必要ありません。

(1) 与薬解除届 (抗けいれん剤・エピペン・その他)

該当するものに○をします。
その他の場合、薬の名前もその下書き加えます。
乳糖不耐症や薬の飲み合わせでの特定の食物の除去が必要な場合もその他に○をして、内容は申請理由に具体的に書いてください。

原本を提出して下さい。

嘱託医 (園医) に報告し
押印してください。

施設		健康安全管理委員会	
嘱託医	副部長	園医	副部長
印			

与薬解除届 (抗けいれん剤・エピペン・その他)

(申請者)

施設名

保護者氏名

児童名 (男・女) 生年月日 年 月 日

解除理由

点線の枠内を保護者が
記入して下さい。

年 月 日

指示医: 医師・病院 先生

(R4.8)

(1)

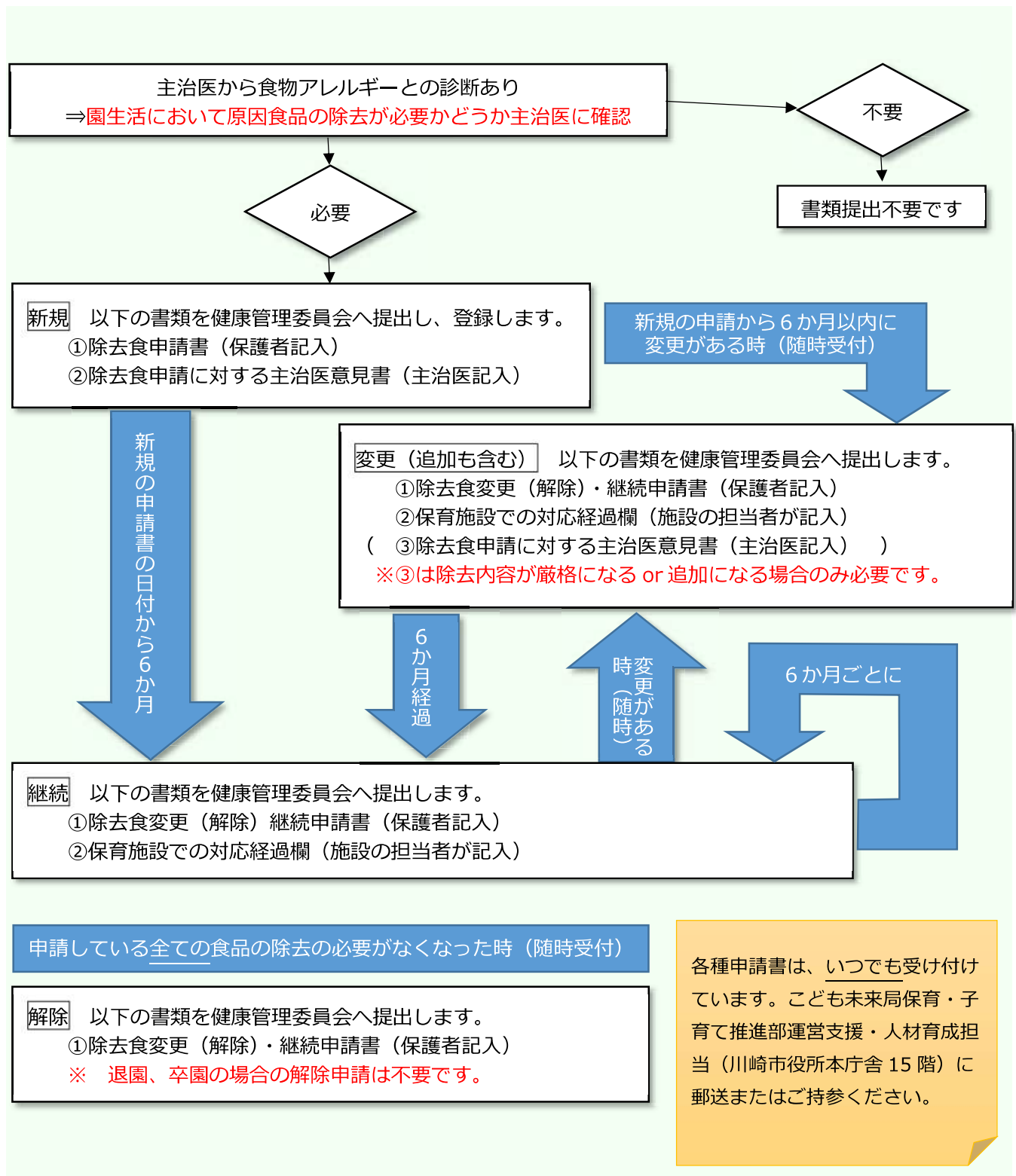
除去食申請 提出書類について（健康管理マニュアル 7 版 p18,19）

※ 川崎市認可保育園から認可保育園への転園の場合は、申請内容は引き継がれます。

※ 乳糖不耐症や、薬の飲み合わせにより特定の食物の除去が必要な場合は、「与薬申請」となります。

※ 除去食については保護者から申請のあった時点から除去食の提供を開始（または解除）して構いません。

除去食申請に関わる書類のフローチャート



除去食申請(新規) 提出書類

(健康管理マニュアル 7 版 p18)

- (1) 除去食申請書
- (2) 除去食申請に対する主治医意見書

保護者各位

はじめて健康管理委員会に申請(登録)する際に保護者へお渡しください。

食物アレルギーをもつお子さんの園での対応について

近年、アトピー性皮膚炎との関連から食物アレルギーが注目され、保育園においても除去食を希望される保護者が増えてきておりますが、子どもの健全な発育発達のためには、安易に除去食を行うことは問題であると考えております。

しいていまして、川崎市の保育園では、食物アレルギーのあるお子さまが、入園後も園で除去食を希望される場合は、除去食の申請を「川崎市保育所入所児童等健康管理委員会(以下、「健康管理委員会」という。))にさせていただきます。その際には、主治医意見書を主治医に作成していただき申請書に添付していただくこととしております。

健康管理委員会では、提出していただいた主治医意見書をもとに、慎重に審議させていただきます。除去食の必要性があり、かつ職員および、園で対応できると判断した場合には、主治医の先生などにも相談しながら、保育園での除去食の対応をいたします。除去する食品が多数である場合、または、園で対応が十分にできない場合は、お弁当、おやつ、飲み物の持参をお願いすることもあります。

また、除去食を実施に行うとき、園でもできる限り注意をいたしますが、最近の食材は種類も多く、複雑なものもあり、原材料のすべてを把握することは難しく、誤食(思わずにお友達への食べ物を食べてしまう)などの思いがけない事態が生ずる恐れもあります。さらに保育園は医療機関ではないため、ショックなどへの処置行為ができません。命を要する事態が起きたとき、保護者に直ちに連絡し、お迎えに来ていただくか、緊急の場合は、救急車を要請し、医療施設に搬送することが園にできる最善の方法と考えております。

なお、健康管理委員会での審議の結果、誤食によるショック等の危険性が高く、集団生活が困難と判断した場合は、園児の生命を第一に考え、入園を保留とする意見を保育園の入所決定を行う保健福祉センターに報告することになりますので、あらかじめご了承ください。

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会
保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された川崎市の設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに疑義ある場合、除去食の必要性等を審議する。

原本を提出して下さい。

除去食申請書

申請年月日 年 月 日

申請者名 施設名

入所年月日 年 月 日

児童名 男・女 生年月日 年 月 日

除去食申請食品名

医師から除去の指示があった食品を記載します。

申請理由(病名であれば病名、根拠とした診断書、検査)

診断の根拠となった症状や検査結果を記入します。

希望除去方法(○をつけてください)

(1) 該当する食品及びその加工品についても厳格に除去する。
(2) 該当する食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。
(3) 余り厳格でなく少しは食べてもよい。
(4) 家庭より除去食弁当を持参する。
(5) その他(具体的に記載)

主治医意見書の問5と同じ番号を記入します。食品ごとに異なる場合はそれぞれの番号に食品名を書いてください。
※(4)は、除去食品が多品目ある等の理由により、給食対応が困難で、毎日すべての食事を家庭より持参する場合に選択してください。

(1) 保護者が記入します。

主治医意見書を記載いただく際に、主治医にあわせて渡してください。

主治医殿

川崎市の保育園では、以前より食物アレルギーをもつ子どもに食物の除去をおこなうことを保護者が希望される場合には、主治医の先生からご意見をいただき、それを基に川崎市保育所入所児童等健康管理委員会にて検討の上、対応を決定してまいりました。

これは食物アレルギーによる症状から子どもを守るためであり、また子どもの健全な発育発達には安易な食物除去は問題があると考えているからです。

2011年に厚生労働省から「保育園におけるアレルギー対応ガイドライン」および日本保育園保健協議会から「必携 保育園におけるアレルギー対応の手引」が発行されより厳格な食物アレルギーの診断と対応が必要となりました。

食物アレルギーであることをしっかりと診断し、本当に除去食が必要なのかを決めなくてはなりません。

以上ご賢察の上、保護者が除去食を希望される場合、別紙の意見書にご記入のご協力をお願い申し上げます。

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会
保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに疑義ある場合、除去食の必要性等を審議する。

原本を提出して下さい。

除去食申請に対する主治医意見書

問5 貴有施設に於いてどの程度除去すればよいとお考えですか。
(1) [問5]の食品及びその加工品についても厳格に除去する必要あり。
(2) [問5]の食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。
(3) 余り厳格でなく少しは食べてもよい。
(4) その他

問6 厳格に除去する場合(問5、(1))その代替食品をお書きください。

問1 先生はこの児童に除去食を行なう必要があるとお考えですか。
(1) はい (2) いいえ

以下は[問1]で“はい”の先生のみお答えください。

問2 この児童が過去当該食品を摂取した場合に起こした症状はどれですか。
(1) 軽症の即時型アレルギー(じんましんなど)
(2) 重症の即時型アレルギー(アナフィラキシー・アナフィラキシーショック等)
(3) 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
(4) その他
(5) 未観察であり過去に上記症状を起こしたこと

問3 食物アレルギーの原因と考える食品は何ですか。
(1) 卵 (2) 牛乳 (3) 大豆 (4) 小麦
(5) 肉類 (6) その他

問4 除去食が必要である根拠をすべてあげてください。
(1) 食物摂取による明らかな症状の既往
(2) 食物負荷試験陽性
(3) IgE抗体等検査陽性
(4) その他
(5) 未観察

記入漏れがないか、確認してから提出して下さい。記入漏れの場合は、補足事項を保護者から聞き取り、聞き取った内容を付箋に記載し、張り付けておいてください。

(2) 片面印刷をお願いします

除去食申請(変更) 提出書類

(健康管理マニュアル 7 版 p19)

- (1) 除去食変更（解除）・継続申請書
- (2) 保育施設での対応経過欄
- (3) 除去食申請に対する主治医意見書※

※ (3) の提出が必要なケースは、

除去食品が増える場合または除去方法が厳格になる場合のみです。

除去食品が減る場合や除去方法がゆるやかになる場合は (1) (2) のみの提出となります。

原本を提出して下さい。

除去食変更(解除)・継続申請書	
健康管理局 様	
変更日 ○ 年 月 日	
(申請者) 施設名	
保護者氏名	
児童名 (男・女)	年 月 日生
申請理由 卵 1 個を食べられるようになったので卵は解除します。 くるみを食べて嘔吐があり診断されたので追加します。	
指示を頂いている先生のお名前 医院・病院 先生	
現在の除去食品と除去方法	変更希望の除去食品と除去方法
卵 (1) 牛乳 (2)	卵 (6) 牛乳 (7) くるみ (1)
除去方法 (1) 該当する食品及びその加工品についても厳格に除去する。 (2) 該当する食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。 (3) 余り厳格でなく、少しは食べてもよい。 (4) 家庭より除去食弁当を持参する。 (5) その他 (具体的に記入して下さい)。 (6) 除去解除 (7) 現行通り除去食品と除去方法を6ヶ月間継続する。	

(R4.8)

(1) 保護者が記入します。

原本を提出して下さい。

保育施設での対応経過欄	
施設名	
児童名 (男・女)	
除去食の開始時期	年 月 日 ~ 施設で最初に除去食対応を始めた日を記入して下さい。(例えば 4 月 1 日など)
現在家庭での対応方法	家庭での様子を聞き取り、記入して下さい。
現在施設での対応方法	

(R4.8)

(2) 保育施設の担当者が記入します。

原本を提出して下さい。

主治医意見書	
施設名	
年 月 日	
所在地	
医療機関名	
電 話	
医 師	
住所	川崎市 区
児童名	年 月 日生
病名	男・女 () 歳
1. 現病発病よりの経過	
2. 既往歴	

(3) 必要な場合のみ主治医に依頼してください。

除去食申請(継続) 提出書類

(健康管理マニュアル 7 版 p19)

- (1) 除去食変更（解除）・継続申請書
- (2) 保育施設での対応経過欄

※ 継続申請は、除去食品・除去方法のどちらも変わらずに継続する場合の申請です。除去食品が増える or 減る場合や、除去方法が厳しくなる ok ゆるくなる場合は、「変更」申請となります。

原本を提出して下さい。

継続に○

除去食変更（解除）・継続申請書	
健康委員会 様	
年 月 日	
(申請者)	
施設名	
保護者氏名	
児童名 (男・女)	年 月 日生
申請理由 極少量を食べる練習をしましたが、少しでも蕁麻疹がでることがあるので、除去の継続を申請します。	
指示を頂いている先生のお名前 医院・病院 先生	
現在の除去食品と除去方法	変更希望の除去食品と除去方法
卵 (1)	卵 (7)
除去方法 (1) 該当する食品及びその加工品についても厳格に除去する。 (2) 該当する食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。 (3) 余り厳格でなく、少しは食べてよい。 (4) 家庭より除去食弁当を授受する。 (5) その他（具体的に記入して下さい。） (6) 除去解除 (7) 現行通り除去食品と除去方法を6ヶ月間継続する。	

(1) 保護者が記入します。

(R4.8)

原本を提出して下さい。

保育施設での対応経過欄

施設名

児童名 (男・女)

除去食の開始時期	年 月 日 ~ 施設で最初に除去食対応を始めた日を記入して下さい。(例えば 4月1日など)
現在家庭での対応方法	家庭での様子を聞き取り、記入して下さい。
現在施設での対応方法	

(2) 保育施設の担当者が記入します。

(R4.8)

除去食申請(解除) 提出書類

(健康管理マニュアル 7 版 p 19)

(1) 除去食変更 (解除)・継続申請書

※ 解除申請は、登録のある除去食品のすべてが解除となる場合の申請です。除去している複数の食品のうち一部が解除となる場合は、「変更」申請となります。

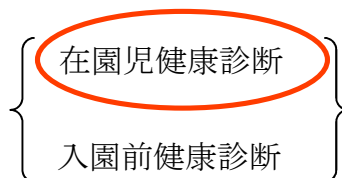
※ 退園、卒園の場合の解除申請は不要です。

原本を提出して下さい。

除去食変更 (解除)・継続申請書	
健康管理委員会 様	
解除に○ 年 月 日	
(申請者) 施設名	
保護者氏名	
児童名	(男・女) 年 月 日生
申請理由 全て食べられるようになったので、対応を解除してください。	
指示を願っている先生のお名前 医院・病院 先生	
現在の除去食品と除去方法	変更希望の除去食品と除去方法
卵 (1) 牛乳 (1) 小麦 (1)	全て (6)
除去方法 (1) 該当する食品及びその加工品についても厳格に除去する。 (2) 該当する食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。 (3) 余り厳格でなく、少しは食べてもよい。 (4) 家庭より除去食弁当を持参する。 (5) その他 (具体的に記入して下さい。) (6) 除去解除 (7) 現行通り除去食品と除去方法を6ヶ月間継続する。	

(1) 保護者が記入します。 (R4.8)

川崎市保育園



の結果報告

施設名 _____

ふりがな

生年月日

児童名 _____

年 月 日生

健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理上問題があると思われます。

☐ 入園可否の審議

健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理委員会での入園可否の審議が必要と思われます。

☐ 健康状態の報告

健康診断の結果、入園する本児童について、次の理由により健康管理委員会へ健康状態を報告いたします。

理由 _____

* なお、診断内容については別添入園前健康診断記録表を参照してください。

年 月 日 嘱託医 印

* 健康記録表と入園前健康診断記録表を添付して保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に提出してください。(エピペン申請の場合は添付不要です。)

* 入園の可否に係る場合のみ、保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に連絡後、各区児童家庭課に提出します。

(R6.1)

児 童 票

年 度						
担 任						

ふりがな 児童名	ふりがな 保護者名	入 園 年 月 退 園 年 月
平成 年 月 日 男 女 生		

住所	電話
----	----

住所（変更時）	電話
---------	----

申請理由

家 族 構 成	氏名	続 柄	生年月日	健康状態	職 業	勤務先名、電話

住 環 境	住宅街、団地、商店街、工場地帯
	・ 近くの遊び場（ ） ・ 危険な場所（ ）
	戸建（ ）階、集合住宅（ ）階、部屋数（ ）部屋、 日当たり（良い、悪い）

勤 務 に 関 する 事 項	勤 務 時 間	父	母
		平日	平日
		時 分 ～ 時 分	時 分 ～ 時 分
	休 日	土曜日	土曜日
		時 分 ～ 時 分	時 分 ～ 時 分
通 勤 時 間	休 日	日曜、祝日、（ ）曜 日	日曜、祝日、（ ）曜 日
		◇自宅 ～ 保育園 （ ）分 交通手段（ ）	◇自宅 ～ 保育園 （ ）分 交通手段（ ）
		◇保育園 ～ 勤務先 （ ）分 交通手段（ ）	◇保育園 ～ 勤務先 （ ）分 交通手段（ ）

※ここより下の項目については、記入しないでください。

受 託 時 間	登 園	時 分	送 迎 者	父 母 その他（ ）
	降 園			
	平日	時 分	緊急連絡先・関係	
	土曜日	時 分		

特記

健康記録表

園児名			ふりがな		男・女		平成・令和		年		月		日生	
妊娠・出産状況	妊娠中の状態 正 常 ・ 異 常													
	お産の時の状態 正 常 ・ 異 常 （吸引分娩・鉗子分娩・仮死・帝王切開）													
	妊娠期間 （ 週 日 ）													
	出生時の体重 （ g ） 早産 週 保育器 日 黄疸 （ 普通・強 ）													
	出生時の身長 （ cm ） 胸囲 （ cm ） 頭囲 （ cm ）													
栄養について	・母乳 か月まで ・人工乳（ミルク） か月から か月まで													
	・離乳食について 開始 か月 完了 か月													
	・離乳時期に気がかりなことがありましたか。													
	・ベビーフードは使いましたか。 はい （ ） ・いいえ													
	・食事について気になることがありますか。（偏食・小食・肥満・早食い・噛めない等）													
今までにかかった病気等について	病 名		年 齢 （ 歳 ）		病 名		年 齢 （ 歳 ）		病 名		年 齢 （ 歳 ）			
	麻疹（はしか）				風 し ん				肺 炎					
	水痘（水ぼうそう）				百 日 咳				ぜんそく					
	おたふくかぜ				突発性発疹				心 臓 病					
	今までに入院したことのある病気やケガや受けた手術などありましたらご記入ください。													
	（疾患名） （病院名） 日間入院													
	その他かかった病気がありますか、または大きなケガをしたことがありますか。													
健康診査について	今までに受けた健康診査や育児相談をご記入ください。異常がなかった場合も記入してください。													
	受けた健診		年月日		その時言われたこと		受けた健診		年月日		その時言われたこと			
	1 か月児		・ ・				1 歳 6 か月		・ ・					
	3～4 か月児		・ ・				3 歳児		・ ・					
	6～7 か月児		・ ・				4 歳児		・ ・					
	9～10 か月児		・ ・				5 歳児		・ ・					
お子さんの朝の体温はいつも何度ですか。														
度 分														
かかりつけの医療機関がありますか。 医院/ 病院名														

今までの保育	今まで保育にあたっていた方はどなたですか。○で囲んでください。 ・ 家庭の保育〔 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他（ ） 〕 ・ 集団の保育（保育園名 その他													
・ 現在お子さんのことで心配なこと、相談したいことがありますか。 な い あ る（なるべく詳しく書いてください）														
	ワクチン名		接種年月日（例：H26.11.1）											
予 防 接 種	インフルエンザ 菌 b 型（Hib）		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	（追加）	・	・
	小児肺炎球菌		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	（追加）	・	・
	ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ （4 種混合）		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	（追加）	・	・
	BCG		1 回	・	・									
	麻しん風しん（MR）		1 回	・	・	2 回	・	・						
	日本脳炎		1 回	・	・	2 回	・	・	（追加）	・	・			
	水痘（水ぼうそう）		1 回	・	・	2 回	・	・						
	おたふくかぜ		1 回	・	・	2 回	・	・						
	B 型肝炎		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・			
	インフルエンザ		1 回	・	・	2 回	・	・	1 回	・	・	2 回	・	・
			1 回	・	・	2 回	・	・	1 回	・	・	2 回	・	・
			1 回	・	・	2 回	・	・	1 回	・	・	2 回	・	・
	ロタ 1 価（5 価）		1 回	・	・	2 回	・	・	（3）	・	・			
	その他のワクチン		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	4 回	・	・
	ポリオ（不活化）		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	4 回	・	・
		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	4 回	・	・	
		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	4 回	・	・	
		1 回	・	・	2 回	・	・	3 回	・	・	4 回	・	・	
当てはまるものに○印を付け、必要事項を記入してください。														
			肥満	喘息	アレルギー体質 （症状）	熱性 けいれん	今までどんな病気を しましたか		現在どんな病気に かかっていますか					
	父													
	母													
	兄弟姉妹 他													
その他														

	次のことにお答えください。
	1 「首のすわり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃 2 「ねがえり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃 3 「おすわり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃 4 ハイハイしはじめたのは、いつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃 5 つかまり立ちしたのは、いつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃 6 指で小さいものをつかめますか・・・・・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 7 名前を呼べたらわかりますか・・・・・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 8 一人歩きを始めたのはいつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃 9 マンマ・ブーブー・パパ・ママなどの言葉を一つでも話しますか・・・・は い ・ いいえ ☆ 10 おしっこをしたい時、教えますか・・・・・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 11 自由に歩いたり、走ったりしますか・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 12 「あれなーに」「これなーに」とよく尋ねますか・・・・は い ・ いいえ ☆ 13 自分の名前が云えますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 14 スプーンや箸を使って一人で食べますか・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 15 クレヨンなどで1つの丸（○）を描きますか・・・・・・・・は い ・ いいえ 16 お友だちと遊びたがりますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 17 手を使わずに一人で階段を昇れますか・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 18 おしっこを一人でできますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 19 ボタンを一人ではめることができますか・・・・・・・・・・は い ・ いいえ 20 飛び下りたり、ケンケンができますか・・・・・・・・・・・・は い ・ いいえ
	次の中から当てはまる番号に○をつけてください。
体 質 と ク セ	1 風邪をひきやすい 2 のどがゼロゼロする 3 扁桃腺が腫れやすい 4 湿疹が出やすい 5 耳だれがある 6 食べ物でじんましんが出る（卵・牛乳・小麦・他 ） 7 薬を飲んだ後じんましんが出たことがある（薬の名前 ） 8 今まで医師から一度でも「心臓がわるい」「心雑音がある」「脈が乱れている」「川崎病」等 言われた事がある 9 口内炎がしやすい 10 化膿しやすい 11 虫さされのあとがひどく腫れる 12 下痢しやすい・便秘しやすい 13 食べたものを吐きやすい 14 ひきつけ・けいれんをおこしたことがある （ 歳の時 熱 ℃） 15 よく熱をだす 16 鼻血が出やすい 17 唇・指先・足先が紫色になったことがある 18 腹痛をよくおこす 19 指しゃぶり・爪かみをする 20 性器をいじる 21 肘が抜けたことがある （ 右・左 歳の時 回） 22 その他のくせ （ ）

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてのお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよう努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になっております（ ）の病状について、別紙主治医意見書に御記載くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

(一般病用)

		保育園
主治医意見書		
年 月 日		
所在地		
医療機関名		
電 話		
医 師		
住所 川崎市 区		
園児名		年 月 日 男・女 （ ）歳
病名		
1．現症発病よりの経過		
.....		
2．既往歴		
.....		

(一般病用)

3. 登園可能になった状況と検査結果

4. 今後の治療（経過観察）方針

5. 保育上、特に注意させる事項（例えば、水遊び・野外運動・運動会 e t c）

	保育園	
主治医意見書		
		年 月 日
所在地		
医療機関名		
電 話		
医 師		
住所 川崎市 区		
園児名		年 月 日 男・女 () 歳
病名		
1．現症(MCLS)発病よりの経過		
.....		
2．既往歴		
.....		

【川崎病用】

3. 登園可能になった状況と検査結果

(超音波断層心エコー検査、アンギオグラフ、心電図、レントゲン検査)

4. 今後の治療（経過観察）方針

5. 保育上、特に注意させる事項（例えば、水遊び・野外運動・運動会 e t c）

入園前健康診断記録表			児童名		
			生年月日	・ ・ 生	
健診年月日			・ ・	所見	
体格	大 ・ 中 ・ 小	O.B			
栄養	やせ ・ 肥満	O.B			
成長記録	遅延	O.B			
顔色	蒼白 ・ 異常 顔色 ・ 黄疸	O.B			
顔貌		O.B			
頭部	頭型	非対称 ・ 尖頭			O.B
	頭蓋瘍	あり			O.B
	大泉門	閉鎖			O.B
眼	貧血 ・ 眼脂 ・ 結膜炎	O.B			
鼻	鼻汁 ・ 鼻閉 ・ ただれ	O.B			
耳	耳垢 ・ 耳漏 ・ 湿しん	O.B			
口腔咽頭	歯牙／歯齦異常 アフター・地図状舌 チアノーゼ 扁桃肥大 I ・ II ・ III	O.B			
頭部	リンパ腺腫脹	O.B			
皮膚	貧血 ・ 浮腫 ・ 発しん 出血斑 ・ チアノーゼ	O.B			
胸部	形状	鳩 ・ 扁平 ・ 細長 ・ ロート ハリソン溝 ・ 念珠			O.B
	心	心雑音			O.B
	呼吸器	ラ音 ・ 喘鳴			O.B
腹部	緊張 ・ 鼓張 ・ 腸索 腫瘤	O.B			身長 _____ cm
脊柱	円背 ・ 側彎	O.B			体重 _____ kg
四肢	O脚 ・ X脚 ・ 内反足 外反足 関節及び筋異常 運動障害 ・ 跛行	O.B			胸囲 _____ cm
開排制限	あり	O.B	頭囲 _____ cm		
肛門外陰部	ヘルニア ・ 陰のう水腫 停留睾丸 肛囲びらんじ裂	O.B	カウプ指数		
その他		O.B			
入園の適否			適 ・ 否		
嘱託医印					

施設	健康管理委員会		
嘱託医	副部会長	副部会長	部会長

与薬申請書（抗けいれん剤・エピペン・その他）

年 月 日

申請者名	施設名
児童名 男 ・ 女	年 月 日生
申請理由	
熱性けいれんの家族歴の有無（抗けいれん剤の申請の時のみ記入して下さい。）	
父	有 ・ 無 才頃
母	有 ・ 無 才頃
兄弟姉妹他	有 ・ 無 才頃
	有 ・ 無 才頃
	有 ・ 無 才頃

施設	健康管理委員会		
嘱託医	副部会長	園 医	副部会長

与薬解除届(抗けいれん剤・エピペン・その他)

(申 請 者)

施設名 _____

保護者氏名 _____

児童名 _____ (男 ・ 女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

解除理由

_____ 年 _____ 月 _____ 日

指示医: _____ 医院・病院 _____ 先生

保護者各位

食物アレルギーをもつお子さんの園での対応について

近年、アトピー性皮膚炎との関連から食物アレルギーが注目され、保育園においても除去食を希望される保護者が増えてきておりますが、子どもの健全な発育発達のためには、安易に除去食を行うことは問題であると考えております。

したがって、川崎市の保育園では、食物アレルギーのあるお子さまが、入園後も園で除去食を希望される場合は、除去食の申請を川崎市保育所入所児童等健康管理委員会（以下、「健康管理委員会」という。）にさせていただきます。その際には、主治医意見書を主治医に作成していただき申請書に添付していただくこととしております。

健康管理委員会では、提出していただいた主治医意見書をもとに、慎重に審議させていただき、除去食の必要性があり、かつ職員および、園で対応できると判断した場合には、主治医の先生などにも相談をしながら、保育園での除去食の対応をいたします。除去する食品が多数である場合、または、園で対応が十分にできない場合は、お弁当、おやつ、飲み物の持参をお願いすることもあります。

また、除去食を実際に行うとき、園でもできる限り注意をいたしますが、最近の食材は種類も多く、複雑なものもあり、原材料のすべてを把握することは難しく、誤食（思わずお友達の食べ物を食べてしまう）などの思いがけない事態が生ずる恐れもあります。さらに保育園は医療機関ではないため、ショックなどへの医療行為ができません。急を要する事態が起きたとき、保護者に直ちに連絡し、お迎えに来ていただくか、緊急の場合は、救急車を要請し、医療施設に搬送することが園にできる最善の方法と考えております。

なお、健康管理委員会での審議の結果、誤食によるショック等の危険性が高く、集団生活が困難と判断した場合は、園児の生命を第一に考え、入園を保留とする意見を保育園の入所決定を行う保健福祉センターに報告することになりますので、あらかじめご了承ください。

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会

保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入に疑義ある場合、除去食の必要性等を審議する。

主 治 医 殿

川崎市の保育園では、以前より食物アレルギーをもつ子どもに食物の除去をおこなうことを保護者が希望される場合には、主治医の先生からご意見をいただき、それを基に川崎市保育所入所児童等健康管理委員会で検討の上、対応を決定してまいりました。

これは食物アレルギーによる症状から子どもを守るためであり、また子どもの健全な発育発達には安易な食物除去は問題があると考えているからであります。

2011年に厚生労働省から「保育園におけるアレルギー対応ガイドライン」および日本保育園保健協議会から「必携 保育園におけるアレルギー対応の手引」が発行されより厳格な食物アレルギーの診断と対応が必要となりました。

食物アレルギーであることをしっかりと診断し、本当に除去食が必要なのかを決めなくてはなりません。

以上ご賢察の上、保護者が除去食を希望される場合、別紙の意見書にご記入のご協力をお願い申し上げます。

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会

保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに疑義ある場合や、除去食の必要性等を審議する。

除去食申請に対する主治医意見書

年 月 日

児童名 男・女 年 月 日生

医療機関名

名 前

印

問1 先生はこの児童に除去食を行なう必要があるとお考えですか。

- (1) はい (2) いいえ

以下は〔問1.〕で“はい”の先生のみお答えください。

問2 この児童が過去当該食品を摂取した場合に起こした症状はどれですか。

- (1) 軽症の即時型アレルギー（じんましんなど）
()
- (2) 重症の即時型アレルギー（アナフィラキシー・アナフィラキシーショック等）
()
- (3) 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
()
- (4) その他 ()
- (5) 未摂取であり過去に上記症状を起こしたことはない

問3 食物アレルギーの原因と考える食品は何ですか。

- (1) 卵 (2) 牛乳 (3) 大豆 (4) 米 (5) 小麦
- (6) 肉類 () (7) 魚類 ()
- (8) その他 ()

問4 除去食が必要である根拠をすべてあげてください。

- (1) 食物摂取による明らかな症状の既往
- (2) 食物負荷試験陽性
- (3) IgE抗体等検査陽性
- (4) その他
()
- (5) 未摂取

問5 保育施設に於いてどの程度除去すればよいとお考えですか。

(1) [問3] の食品及びその加工品についても厳格に除去する必要あり。

(2) [問3] の食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。

(3) 余り厳格でなくすこしは食べてもよい。

(4) その他

()

問6 厳格に除去する場合 [問5. (1)] その代替食品をお書きください。

[]

問7 食品制限の期間はどれ位をお考えですか。

(1) 6か月以内

(2) 1年以内

(3) 2年以内

(4) 3年以内

(5) 3年以上

(6) 不定期で症状が出た時だけ

(7) その他

問8 先生の所への受診及び検査の頻度はどれ位の予定ですか。

(1) 受診

(2) 検査

イ 月1回以上

イ 月1回

ロ 3か月に1回

ロ 3か月に1回

ハ 6か月に1回

ハ 6か月に1回

ニ 1年に1回

ニ 1年に1回

ホ その他

ホ その他

問9 その他、この児童に対し食物アレルギーについて必要な注意及び御意見等ございましたらお書きください。(例えば 調理方法などについて)

除去食変更（解除）・継続申請書

年 月 日

健康管理委員会 様

(申請者)

施設名

保護者氏名

児童名 (男 ・ 女) 年 月 日生

申請理由

指示を頂いている先生のお名前

医院・病院

先生

現在の除去食品と除去方法



変更希望の除去食品と除去方法

除去方法

- (1) 該当する食品及びその加工品についても厳格に除去する。
- (2) 該当する食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。
- (3) 余り厳格でなく、少しは食べてもよい。
- (4) 家庭より除去食弁当を持参する。
- (5) その他（具体的に記入して下さい。）
- (6) 除去解除
- (7) 現行通り除去食品と除去方法を6ヶ月間継続する。

保育施設での対応経過欄

施設名 _____

児童名 _____ (男 ・ 女)

除去食の 開始時期	年 月 日 ~
現在家庭での 対応方法	
現在 施設での 対応方法	

川崎市保育園発達相談のご案内

川崎市では、認可保育園、小規模保育事業 A、B、C 型保育園、家庭的保育事業保育室、幼保連携型認定こども園に通っているお子様と、その保育に関わる保育者を支援するための事業として「発達相談」を行っています。発達相談員が園に伺い、お子様への援助の手立てを、保育者と協働して考えていくことにより、よりよい統合保育を図ることを目的としています。

例えば…

☆お友達と上手く遊べない

☆全体の指示について来ることができない

☆療育に繋がった方がいいかな？／就学前に大丈夫かな？と気になる

このような“気になる子”の保育の支援を目指します

〈実施方法〉

発達相談員が行動観察、発達検査を通してお子様の状況を確認し、保育者と援助の手立てを検討します。原則として、1 回の訪問につき、1 名のお子様を対象とします。

重要！！★必ず保護者に、以下のチェックリストに沿ってご説明ください★

① 発達相談の了承

- ☐ 発達相談員(心理職)が訪問し、行動観察、カンファレンスを行います。
- ☐ 発達検査を実施します。(希望する場合下記②へ)

② 発達検査の了承（発達検査を実施せず、行動観察のみの発達相談も可）

- ☐ 検査の数値（発達年齢等）は保護者に知らせることはできません。
年長児の場合、就学先への提出には本事業の結果は使用できません。
- ☐ 本事業で発達検査を実施すると
1 年程度は他の機関での発達検査を断られることがあります。
- ☐ 1 年以内に発達検査を受けている、実施予定がある場合は
本事業では発達検査の実施を控えさせていただきます。

川崎市保育園発達相談発達相談の流れ



STEP1. 依頼の検討

【やることリスト(必須)】

- ☐ 園内で相談の必要性について話し合う
- ☐ 保護者に説明・許可を得る
- ☐ 園医の意見を聞く

※別紙「川崎市保育園発達相談のご案内」をご確認ください。

STEP2. 依頼フォームに入力

担任保育者が下書きフォーマット記入

→施設長確認の上、フォームに入力して下さい。

各園 1 名のみのお申し込みになります

※受付期間は現在調整中です。

枠に限りがありますので、お申し込み状況により、ご希望に沿えないことがあります。

STEP3. 日程調整

発達相談員よりお電話にて日程調整のご連絡をいたします。

その際お子さんについて詳細をうかがうことがあります。(締め切り日から1か月以内)

日程が決まりましたら、「発達相談通知書」と「発達相談デイリープログラム記入用紙」を郵送いたします。

デイリープログラムは事前に記入し、**相談日当日**に相談員にお渡しください。

STEP4. 相談実施

ご連絡した日程で発達相談員が伺います。※乳児クラスの場合、9時15分に伺います。

9時30分頃	担任保育者との打ち合わせ ケースの説明・問題点などをお聞かせください
9時45分頃	園児の行動観察(自由遊び/課題保育)
11時頃	発達検査
12時頃	相談員まとめ&食事(本人持参)
13時15分頃 ※時間は変更可能です	カンファレンス(質疑応答及び助言) 担任保育者以外の先生もぜひご参加いただき、ご意見を出していただければと思います
14時30分頃	終了

STEP5. 報告書送付

発達相談員より報告書をお送りいたします(2-3週間程度お時間をいただきます)。

学校・保育園欠席者サーベイランス／学校等欠席者・感染症情報システム

川崎市では、児童の健康管理を行うため、また保育園・嘱託医・行政等で感染症情報を共有するため、「学校・保育園欠席者サーベイランス」、及び、「学校等欠席者・感染症情報システム」を利用しています。

日々様々な感染症が発生している保育園において、その発生状況を早期に探知・共有し、効果的な対策を講じることで、子ども達の健康被害の発生を最小限にすることを最大の目的として運用されていて、感染症の流行や集団発生時には、直ちに関係機関と連携し、早期に対策を図ることが可能です。

また、施設内の感染症発生状況だけではなく、地域や近隣の状況も把握し、その情報を園医、保護者、職員等に提供し活用します。

(閲覧)

学校・保育園欠席者サーベイランスについて

川崎市内の学校・保育園等における感染症の発生状況を、症状別及び診断を受けた疾患別に集計し、リアルタイムに公開しています。

本情報は、公益財団法人日本学校保健会が運用する学校等欠席者・感染症情報システムに登録される川崎市内の学校及び保育園等のデータを利用し、表や地図情報として表示しています。

(※現在は保育園の情報のみです。)



【URL】

<https://kidss.city.kawasaki.jp/ja/schoolsurveil>

(各園の感染状況の入力)

学校等欠席者・感染症情報システムについて

7月を目途にアクセスするためのURLと施設ごとに付番される「ログインID」及び「初期パスワード」を各園にお知らせします。

1. 初回ログイン時の処理

【ログイン画面イメージ】

初回アクセス時は、自動的に「自施設情報の登録画面」に移行します。そこで、新しいパスワードの設定や、園の所在地・連絡先・クラス編成及び定員など、園の基本的な情報を入力してください。

2. 毎日の処理

自施設情報の登録が終わりましたら、メニュー画面に移動します（2回目以降のログイン時は、ログイン後に直接メニュー画面に移ります。）

基本的には、「毎日ログインをし、当日の児童の健康情報を入力」してください。

メニュー画面の「入力」ボタンを押すと、疾患の登録画面（次頁）に移動します。

● 日々の状況入力

※日付変更を行った場合はこのボタンを押して下さい

<< 前日 日付: 2022年 11月 29日 再表示 翌日 >>

疾患の登録（欠席した初日のみ）はこちら 疾患の登録

休園の場合はこちらをクリックしてください 休園: 休園

入力	0歳児（未入力）	学年閉鎖
入力	1歳児（未入力）	学年閉鎖修正
入力	2歳児（未入力）	学年閉鎖
入力	3歳児（未入力）	学年閉鎖
入力	4歳児（未入力）	学年閉鎖
入力	5歳児（未入力）	学年閉鎖
入力	教職員（未入力）	

学年閉鎖期間: 2022-11-28~2022-12-01

※一括簡易入力画面では、疾患の登録はできません。

クラス年齢ごとに、お休みの原因となった病気等を選択して登録します。

2022年11月29日

この画面で人数を直接入力しても疾患の登録情報は反映されませんのでご注意ください
2022年11月29日の疾患人数の概要はこちら

学年	クラス	欠席・登園未確認児童数（人）	症状（人）										疾患名（人）										合計		
			発熱	咳	急性呼吸器疾患	下痢・嘔吐	電気・嘔吐	発熱	インフルエンザ	その他	ヘルペス	感染症	水痘・麻疹	おたふく	手足口病	ヘルペス	RS	帯状疱疹	麻疹	流行性耳炎	マイコプラズマ	伝染性紅斑		発熱等による	季節性インフルエンザ
0歳児																									
1歳児																									
2歳児																									
3歳児																									
4歳児																									
5歳児																									
教職員																									

コメント

3. 嘱託医（園医）の登録について

嘱託医（園医）と連携をとり進めていくために、園からID及びパスワードを伝えることで、情報を共有することができます。

学校等欠席者・感染症情報システムには、嘱託医（園医）や保育課職員もログインします。嘱託医（園医）・行政側は、このシステムをもって園の状況を把握していますので、必ずご入力いただきますようお願いいたします。

※ 操作方法の詳細については、ログインID等をお知らせする時に、あわせて操作マニュアル等をお送りします。また、園開設後、操作研修も開催される予定ですので、その際は改めて御案内いたします。