

訓練実施計画表

平成 年 月 日

健康福祉部 子ども家庭課長 様

責 任 者

下記のとおり平成 年度訓練を計画します。

記

保 育 所 名			
所 在 地			
収 容 定 員		人 職 員 数	
実 施 予 定 年 月 日	訓 練 の 種 類	訓 練 の 内 容	
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

※訓練の種類欄は防犯、火災、地震、総合訓練等を記入してください。

訓 練 実 施 結 果 報 告 書

平成 年 月 日

健康福祉部 子ども家庭課長 様

報告者氏名

下記のとおり訓練を実施したので報告します。

記

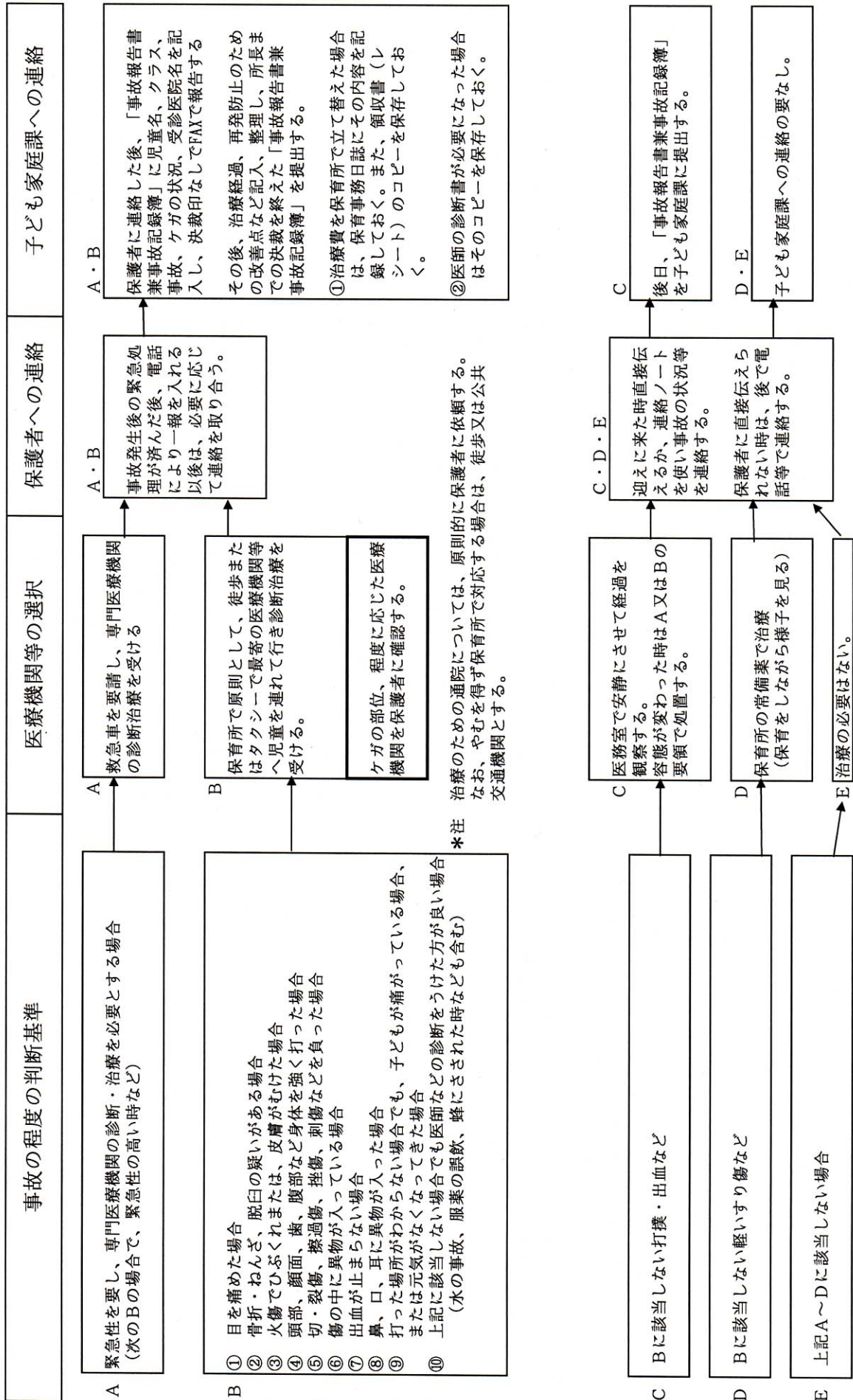
保 育 所 名			
所 在 地			
責 任 者			
参 加 人 員	児 童 数	人	職 員 数
			人
訓練実施日時	平成 年 月 日	時 分より	時 分まで
訓練の種別			
訓練の内容			
訓練の結果			
備 考			

※内容については、気象状況、自然状態も想定すること。

緊急時対応訓練実施要領（例）

1. 実施日時 平成18年9月〇〇日（〇曜日） 〇時〇〇分
2. 参加予定人数
職員：〇〇人（正規職員〇〇人、非常勤等〇〇人）
児童：〇〇人（0才：〇〇人、1才：〇〇人、2才：〇〇人、3才：〇〇人、
4才：〇〇人、5才：〇〇人）
3. 想定事態
保育中（〇時〇〇分）に児童1名が行方不明となっていることに担任が気付き、周囲を
あたっただが見つめることができず、所長に通報。全職員で園内を搜索の結果、トイレに隠
れていることが判明する。
4. 事前指導
 - ① 児童に訓練を実施することを話す。
 - ② 先生の指示に従って、静かに行動するようにする。
 - ③ 先生の声がかかったら、遊ぶのをやめて先生のもとに集まるようにする。
5. 留意点
 - ① あらかじめ各職員の役割等を明確にしておく。
 - ② 携帯電話には、保育所または各職員の電話番号をあらかじめ登録しておく。
 - ③ 搜索すべき場所をあらかじめピックアップしておき、効果的に搜索が行なえ
るようにしておく。
 - ④ 残留園児の人数確認は必ず行なう。
 - ⑤ 不明となった児童の関連ファイル（連絡先、写真、健康状況等の情報）がす
ぐに取り出せるようにしておく。
 - ⑥ 発見した児童が負傷していることを想定して、救急箱等救護用の装備を点検
しておく。
 - ⑦ 訓練の経過はできるだけ詳細に記録して、問題点・課題等を抽出しておく。
6. 事前に準備するもの
 - ① 笛
 - ② 携帯電話
7. 役割
所長・・・状況把握・全体指揮、警察への通報
副所長・・・関係機関へ連絡、残留児童の保育統括、児童の救護
担任・・・児童に関する情報提供、児童の搜索
他保育士・・・児童の搜索、残留児童の保育・人数確認
給食調理員・・・残留児童の保育補助
用務員・・・児童の搜索

事故の程度の判断基準



*注 治療のための通院については、原則的に保護者に依頼する。なお、やむを得ず保育所で対応する場合は、徒歩又は公共交通機関とする。

事故発生時および受診時チェックリスト

クラス () 園児名 () 生年月日 (平成 年 月 日)

所長・主任・看護師へ連絡

応急手当 実施者 ()

受診の必要性の判断 受診する・様子を見る

保護者への連絡の判断 今すぐ連絡する・降園時の報告・ ()

保護者への連絡	事故の経緯	<input type="checkbox"/> 発生時刻 時 分	
		<input type="checkbox"/> 発生場所 室内 () ・ 園庭 ・ () ・ 園外 ・ ()	
		<input type="checkbox"/> けがの状況 何をしている時	}
		何処を	
	どうした		
	<input type="checkbox"/> 応急手当の内容		
受診結果の連絡先	受診病院の確認	<input type="checkbox"/> 医療機関名 () 受診科 ()	
	今現在病院にかかっているか	<input type="checkbox"/> 医療機関名 () 受診科 ()	住所 () TEL ()
	受診者の確認	<input type="checkbox"/> 薬の種類 ()	<input type="checkbox"/> 園職員 () のみ ・ 保護者同伴 ・ 保護者のみ
受診結果の連絡先		<input type="checkbox"/> 現在かけている電話番号・別の番号 ()	
受診準備	交通手段の確保	<input type="checkbox"/>	保険証のコピー <input type="checkbox"/>
	アレルギーの有無の確認	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()	
	既往症の確認	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()	
	身長・体重の確認	<input type="checkbox"/> 身長 () 体重 () kg	
	現金	<input type="checkbox"/>	筆記用具 <input type="checkbox"/>
	降園の準備	<input type="checkbox"/>	

受診結果	受診先 (変更した場合)	<input type="checkbox"/> 受診時刻 () 時 () 分
		<input type="checkbox"/> 医療機関名 同上 ()
		<input type="checkbox"/> 受診科 同上 ()
		<input type="checkbox"/> 住所 () 電話 ()
		<input type="checkbox"/> 担当医 ()
	傷病名	<input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 治療不要・治療・入院
	処置内容	消毒薬名・縫合の有無など
	検査内容	<input type="checkbox"/> 無・有 (レントゲン・CT)
	通院	<input type="checkbox"/> 無・有 予定期間 () 月 () 日 () 時ごろ 次回受診日
薬	<input type="checkbox"/> 無・有 内服薬 () 抗生物質・鎮痛炎症剤 その他 () 外用薬 () 抗生物質・湿布薬・ステロイド・ 抗ヒスタミン その他 ()	
家庭や園での処置	<input type="checkbox"/> []	
家庭や園での過ごし方	<input type="checkbox"/> 通常生活・安静 () <input type="checkbox"/> 入浴の可・否 ()	
保護者との確認	事故発生状況の報告 <input type="checkbox"/>	
	受診結果報告 <input type="checkbox"/> 無・有 (園職員のみ・保護者も同伴・保護者のみ)	
	通院予定 <input type="checkbox"/>	
	治療費支払の確認 <input type="checkbox"/> 園、保護者	