

登園届 (保護者記入)

保育園施設長 殿

入所児童氏名

年 月 日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

	溶連菌感染症
	マイコプラズマ肺炎
	手足口病
	伝染性紅斑(りんご病)
	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
	ヘルパンギーナ
	RSウイルス感染症
	帯状疱疹
	突発性発疹

(医師機関名) _____ (年 月 日受診)において症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので 年 月 日より登園いたします。

年 月 日

保護者名 _____

保護者の皆様へ

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。

意見書（医師記入）

保育園施設長 殿

入所児童氏名

年 月 日生

（病名） （該当疾患に☑をお願いします）

<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

かかりつけ医の皆様へ

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。

保護者の皆様へ

上記の感染症について、子どもの症状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「意見書」を保育所に提出して下さい。

登 園 届 （医師記入）

保育園施設長 殿

入所児童氏名

年 月 日生

（病名）

（医師機関名）_____（ 年 月 日受診）において症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断しましたので 年 月 日より登園いたします。

年 月 日

保護者名

登園届

医療機関記入欄

下記患者は、インフルエンザ（ A 、 B ）と診断しました。

患者氏名：_____

生年月日：_____年_____月_____日生

学校保健安全法施行規則第 19 条第 2 項において、インフルエンザの出席停止期間の基準は、「発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 3 日を経過するまで」とされています。

※ 登園を再開する場合は下記の 2 つの基準を満たす必要があります。

基準 1：症状は_____月_____日に出現していますので、登園は_____月_____日以降です。

(基準 2：「解熱した後 3 日を経過するまで」は保護者が記入します。)

* 発症した日を 0 日と数えます。5 日間を経過し、6 日目から登園は可能です。

令和_____年_____月_____日

医療機関名

医師氏名

保護者記入欄

基準 2：_____月_____日に解熱し、その後 3 日間は発熱がありません。

* 解熱した日を 0 日と数えます。3 日間を経過し、4 日目から登校可です。

※ 上記 2 つの基準を満たし、集団生活に支障がない状態に回復しましたので、
_____月_____日より、出席したいと思います。

令和_____年_____月_____日

保護者氏名_____

投薬情報書 1 (常用薬用)

保護者記載欄	
子どもの名前	予定帰宅時間： 時 分頃

医師記載欄	
くすりの内容 抗生物質 咳止め 下痢止め 整腸剤 外用剤 その他 ()	
薬剤情報提供 (あり ・ なし)	

上記の薬を「昼」に服用 (_____ 日分)、塗布するように処方しました	
処方日 平成 年 月 日	署名： _____

投薬情報書 2 (頓用薬用)

保護者記載欄	
子どもの名前	予定帰宅時間： 時 分頃

医師記載欄	
くすりの内容 ()	
薬剤情報提供 (あり ・ なし)	

上記の薬を () の時に 使用するように処方しました	
処方日 令和 年 月 日	署名： _____

※必ず保育所(園)と前もってご相談ください。