

保護者記入による登園届

武の子保育園 園長宛

園児氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

該当疾患に○をお願いします

| | 感染症名 | 登園の目安 |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| | 溶連菌感染症 | 抗菌薬内服後24～48時間が経過していること |
| | マイコプラズマ肺炎 | 発熱や激しい咳が治まっていること |
| | 手足口病 | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事が取れること |
| | 伝染性紅斑(りんご病) | 全身状態が良いこと |
| | ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス・ロタウイルス) | 嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事が取れること |
| | ヘルパンギーナ | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事が取れること |
| | RSウイルス感染症 | 呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと |
| | ヒトメタニューモウイルス感染症 | 呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと |
| | 帯状疱疹 | 全ての発疹が痂皮(かさぶた)化していること |
| | 伝染性膿痂疹(とびひ) | 病変部を外用薬で処置し、浸出液が染み出ないようにガーゼ等で覆ってあること |

医療機関名 _____

医師名(開業医でない場合のみ) _____

医師 _____

(_____ 年 _____ 月 _____ 日受診)において、病状が回復し、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 _____

保護者の皆さまへ

上記感染症については、登園の目安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いたします。

なお、お子さんの状況によってはかかりつけ医に確認をさせていただく場合がありますことをご了承ください。