

登園届

年 月 日

こども園みらい園長 殿

園児氏名 _____

保護者氏名 _____

保護者が記入 (保護者の記入のみで可)

該当疾患に☑のうえ保護者が記入してください。

<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/> 手足口病
<input type="checkbox"/> 突発性発しん	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス等)

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。

医療機関名 (年 月 日受診)

医師が記入 (医師の証明が必要です)

下記の疾患はかかりつけ医が該当疾患に☑のうえ記入をお願いします。

<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"/> 腸管出血性大腸菌感染症(O157, O26, O111 等)	<input type="checkbox"/> 百日咳
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<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 日から登園可能とします。

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

(印またはサイン)

感染症一覧

	感染症名	登園のめやす
保護者が記入	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、普段の食事がとれること
	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、アデノウイルス等)	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
	ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
	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
	帯状疱疹	すべての発しんがかさぶたになるまで
	突発性発しん	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと
	医師の記入が必要	麻疹 (はしか)
風しん		発しんが消失していること
水痘 (みずぼうそう)		すべての発しんがかさぶたになるまで
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから 5 日経過し、かつ全身状態が良好になるまで
結核		医師により感染の恐れがないと認められていること
咽頭結膜熱 (プール熱)		発熱、充血等の主な症状が消失した後 2 日経過していること
流行性角結膜炎 (はやり目)		医師により感染の恐れがないと認められていること
百日咳		特有の咳が消失していること又は適正な抗菌性物質製剤による 5 日間の治療が終了していること
腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111 等)		医師により感染のおそれがないと認められていること。
急性出血性結膜炎		医師により感染の恐れがないと認められていること
侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)	医師により感染の恐れがないと認められていること	

当施設は、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、一人一人の子どもが一日中快適に生活できるよう、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。

※インフルエンザは罹患証明書への記入をお願いします。