

※ 医師の診断を受けた後、保護者が記入してください。

令和 年 月 日

【登園届】

喜志麻保育園 園長 宛

症状が回復し、集団生活に支障がないと判断されましたので、 月 日 () より
登園します。

保護者名 (続 柄)

組 園児名

診断名	_____
受診医療機関名	_____
受診日	令和 年 月 日 ()

《お願い》 保育園での集団生活に適應できる状態に回復したこと（登園の目安を満たしていること）を
確認してから登園するよう、ご配慮ください。

※該当感染症に○印をつけて登園の目安にチェック（☑）をつけてください。

該当感染症 に○印	感染症名	登園の目安
	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 抗菌薬の内服後、24～48時間が経過している。
	マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/> 熱がない。 <input type="checkbox"/> 咳が出ない。
	手足口病	<input type="checkbox"/> 熱がない。 <input type="checkbox"/> 普段の食事がとれる。
	ウイルス性胃腸炎（ノロ、ロ タ、アデノウイルス等）	<input type="checkbox"/> 嘔吐がない。 <input type="checkbox"/> 下痢がない。 <input type="checkbox"/> 普段の食事がとれる。
	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 熱がない。 <input type="checkbox"/> 普段の食事がとれる。
	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 熱がない。 <input type="checkbox"/> 咳が出ない。 <input type="checkbox"/> 機嫌が良い。
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 熱がない。 <input type="checkbox"/> 機嫌が良い。
	伝染性紅斑（りんご病）	<input type="checkbox"/> 全身状態が良い。
	アタマジラミ	<input type="checkbox"/> 駆除を開始している。
	伝染性膿痂疹（とびひ）	<input type="checkbox"/> 患部が覆ってある。
	ヒトメタニューモウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 熱がない。 <input type="checkbox"/> 咳が出ない。 <input type="checkbox"/> 機嫌が良い。
	伝染性軟属腫（水イボ）	<input type="checkbox"/> 患部が覆ってある。
	インフルエンザ	発熱日 / 解熱日 / <input type="checkbox"/> 解熱して3日経過している。 <input type="checkbox"/> 発症して5日経過している。
	新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	発症日 / 解熱日 / <input type="checkbox"/> 解熱して24時間経過している。 <input type="checkbox"/> 発症して5日経過している。 <input type="checkbox"/> 咳が出ない。 <input type="checkbox"/> 鼻水が出ない。