

# インフルエンザ・新型インフルエンザ(コロナウイルス)等

## 登園届 (保護者記入)

令和 6 年 4 月 22 日～

例	発症日	発症後 5 日(登園停止期間)					発症後 5 日を経過			
	0 日目	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目	8 日目	
発症後 1 日目に 解熱した場合		→						登園 OK		
発症後 2 日目に 解熱した場合			→					登園 OK		
発症後 3 日目に 解熱した場合				→				登園 OK		
発症後 4 日目に 解熱した場合					→				登園 OK	
保護者記入欄 最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
症状	咳・鼻水	咳・鼻水	咳・鼻水	咳・鼻水	咳・鼻水	咳・鼻水	咳・鼻水	咳・鼻水	咳・鼻水	
	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	頭痛・咽頭痛	
	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	
	倦怠感	倦怠感	倦怠感	倦怠感	倦怠感	倦怠感	倦怠感	倦怠感	倦怠感	
	味覚障害	味覚障害	味覚障害	味覚障害	味覚障害	味覚障害	味覚障害	味覚障害	味覚障害	
	嗅覚障害	嗅覚障害	嗅覚障害	嗅覚障害	嗅覚障害	嗅覚障害	嗅覚障害	嗅覚障害	嗅覚障害	
	他( )	他( )	他( )	他( )	他( )	他( )	他( )	他( )	他( )	

保護者記入欄

令和 年 月 日に解熱し、その後 3 日間は発熱がありません。

※上記の基準を満たし、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、登園します。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

保護者名: \_\_\_\_\_

登園届(保護者記入)

令和6年5月1日～

つばみ保育園園長殿

組 園児名:

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<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"/>	伝染性紅斑(リンゴ病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	(ノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	ヒトメタニューモウイルス
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)
<input type="checkbox"/>	水いぼ
<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	麦粒腫(ものもらい)
<input type="checkbox"/>	その他( )

(医療機関名) ( ) 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。

※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、一人一人の子どもの一日快適に生活できるよう、上記に感染症については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。

保護者名

年 月 日

意見書(医師記入)

令和6年5月1日～

つばみ保育園園長殿

組 園児名

(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"/>	咽頭結膜炎(アール熱)
<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"/>	侵袭性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)
<input type="checkbox"/>	その他( )

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。

医療機関名

年 月 日

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、一人一人の子どもの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ください。