

登園届（保護者記入）

_____ 保育園施設長殿

児童名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

1. 診断、2. 登園基準（【A】または【B】）、3. 署名をお願いします。

1. 診断 該当疾患に「✓」をお願いします。

✓欄	疾患名
	インフルエンザ
	新型コロナウイルス感染症
	RSウイルス感染症
	ヒトメタニューモウイルス感染症
	咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）
	ヘルパンギーナ
	手足口病
	ウイルス性胃腸炎 （ロタウイルス、ノロウイルスなど）
	突発性発疹
	伝染性紅斑（りんご病）
	溶連菌感染症
	マイコプラズマ肺炎

2. 登園基準 【A】または【B】のいずれかが必要です。

【A】 医師による登園許可の確認

【B】 各疾患のチェック項目をすべて満たしている

【A】 医師による登園許可の確認（*医師が記載した診断書や許可証は不要です）

(医療機関名) _____ (_____ 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。

【B】 必須項目と、診断された各疾患の全ての項目で確認をお願いします。

○ 必須項目 確認の上、すべてに「✓」をお願いします。

全身状態について	<input type="checkbox"/>	1日を通して発熱はありません
	<input type="checkbox"/>	眠れています（咳などでおきることはありません）
	<input type="checkbox"/>	食事（乳児は哺乳）、活動は普段とほぼ同じです

○ 診断を受けた疾患について、すべてに「✓」をお願いします。

疾患名		
インフルエンザ*	<input type="checkbox"/>	発症した後5日を経過しています
	<input type="checkbox"/>	解熱した後3日を経過しています
新型コロナウイルス感染症*	<input type="checkbox"/>	発症した後5日を経過しています
	<input type="checkbox"/>	症状が軽快した後1日を経過しています
RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	呼吸困難がなくなっています
ヒトメタニューモウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	呼吸困難がなくなっています
咽頭結膜熱* （アデノウイルス感染症）	<input type="checkbox"/>	主要症状が消失してから2日経過しています
ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	発熱や口内の痛みが消失しています
手足口病	<input type="checkbox"/>	全身状態が良好 （発疹は残っていても大丈夫です）
ウイルス性胃腸炎 （ロタウイルス、ノロウイルスなど）	<input type="checkbox"/>	食事（乳児は哺乳）しても嘔吐しません
	<input type="checkbox"/>	下痢の回数と量が減少しています
突発性発疹	<input type="checkbox"/>	解熱し、全身状態が良好です
伝染性紅斑（りんご病）	<input type="checkbox"/>	発熱がなく、全身状態良好です （発疹は残っていても大丈夫です）
溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	抗菌薬治療開始後24時間を経過しています （抗菌薬を3回内服しています）
マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/>	発熱がなく、咳が減少しています

* 発熱や発症した日が「0」日で翌日が1日目です。

記載日_____年_____月_____日

保護者名_____