

登園届（保護者記入）

施設長殿

氏名

年 月 日生

（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（りんご病）
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	R S 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"/>	アデノウイルス感染症（咽頭結膜熱・流行性角結膜炎以外）
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症記入欄

インフルエンザ（A型・B型）

新型コロナウイルス感染症

	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付	/	/	/	/	/	/	/	/
解熱した日に○								

登園基準

インフルエンザ：発症日から5日を経過しかつ解熱した後3日を経過してから

新型コロナウイルス感染症：発症から5日を経過しかつ解熱した後1日を経過してから

※解熱日（丸1日熱が出なかった日）を0日として数えます。

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たので _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____