

登園許可書

園児名

平成 年 月 日生

上記の者は、(病名) が軽快し、
伝染病の予防上支障がなく、又集団生活する上でも、支障がない
と認めたので、登園を許可します。

平成 年 月 日

園長様
.....

住 所

医 院 名

医 師 名 (印)

保護者各位 殿

社会福祉法人富士福祉会
みどりが丘保育園
園長 謝花 和慶

インフルエンザ経過報告書（保護者記入）

令和 年 年 月 日 園児名：

保護者氏名：

発症日：平成 年 月 日

診断日：平成 年 月 日

診断型： A型 ・ B型 ・ 不明 （該当する項目に○を付けて下さい。）

処方薬： （処方された薬の名前を記入して下さい。）

服用期間： 月 日～ 月 日（上記の薬の服用期間を記入して下さい。）

下記のとおり、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後、3日を経過しましたので、出席停止措置
の中止をお願いいたします。

〔 学校保健安全法施行規則第19条第2項によると、インフルエンザによる出席停止期間の基準は、
「発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで」
とされています。 〕

登園の目安

発熱、解熱日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	出席停止日数
日曜日に発熱し、 月曜日に解熱した場合		休	休	休	休	休	登園						出席停止5日
月曜日に発熱し、 水曜日に解熱した場合		休	休	休	休	休	休	登園					出席停止6日
月曜日に発熱し、 木曜日に解熱した場合		休	休	休	休	休	休	登園					出席停止6日
木曜日に発熱し、 日曜日に解熱した場合					休	休	休	休	休	休	休	登園	出席停止6日

解熱後の体温記入

体温測定月日時	測定時間：体温（朝）	測定時間：体温（夕）
1日目 月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
2日目 月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
3日目 月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
登園日 月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度

登園届 (保護者記入)

みどりが丘保育園

児童名 _____

_____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、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"/>	带状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	

(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。

_____年 _____月 _____日

保護者名 _____

※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快適に生活できるよう上記の感染症については、登園基準一覧表 (お便り帳) 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。