

登園許可書

【この登園届は保護者が記入】

学校法人 道庭学園
吉川ムサシノ幼稚園

学校法人道庭学園 吉川ムサシノ幼稚園

園児名 _____

登園届 (インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症用)

医療機関にて下記の通り診断を受けましたが、所定の療養期間を経過し、登園可能な状態に回復いたしました。再登園にあたり、以下のとおり報告いたします。

組	園児名	保護者名
	※○で囲む	
診断名	インフルエンザ	・ 新型コロナウイルス感染症
受診医療機関名	_____	
発症した日	令和 年 月 日	
解熱した日	令和 年 月 日	
登園開始日	令和 年 月 日	

【療養期間中の状況報告】

	発症日	発症後	発症後	発症後	発症後	発症後	発症後	発症後	発症後	発症後
	0日	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日
月日 (曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

登園ができない期間

【療養期間（出席停止期間）】

・ 新型コロナウイルス感染症

発症後5日を経過し、かつ、症状軽快後1日を経過するまで

※「症状軽快」とは、解熱剤を使用せず解熱し、かつ呼吸器症状が改善傾向にあることをいう

・ インフルエンザ

発症後5日を経過し、かつ、解熱後3日を経過するまで

下記疾患に関し、令和 年 月 日をもって幼稚園に登園し、集団活動ができる事を証明します。

令和 年 月 日

証 明 者

印

病名（主治医記入欄） ※病名に✓（レ点）をお願いします。

<input checked="" type="checkbox"/>	病名	登園のめやす
<input checked="" type="checkbox"/>	百日咳	特有の咳が消失するまで。又、5日間の適正な抗菌治療が終了するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	麻疹	発疹に伴う発熱が解熱した後3日を経過するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下線又は、舌下線の腫脹が始まった後5日以上経過し、かつ全身の状態が良好であること。
<input checked="" type="checkbox"/>	風疹	紅斑性の発疹が消失するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後2日を経過するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	結核	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	手足口病	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	溶連菌感染症	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹（とびひ）	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	流行性嘔吐下痢症（ウイルス性胃腸炎）	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	その他（病名： _____）	