

登園・登校届 (保護者記入)

施設長 殿

学校長 殿

学年 組

児童生徒氏名

生年月日 平成 年 月 日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)	登園・登校のめやす
溶連菌感染症	抗菌薬服用後24～48時間経過していること
手足口病	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑	全身状態が良いこと
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)	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
RSウイルス感染症	呼吸器症状が喪失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	すべての発しんが痂痂(かさぶた)化していること
突発性発しん	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

(医療機関名) _____ (令和 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、令和 年 月 日より登園・登校いたします。

令和 年 月 日

保護者名

印

※保護者のみなさまへ

保育園・幼稚園・認定子ども園・学校は、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・登校のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、記入及び提出をお願いします。

(上都賀郡市医師会北部地区医師会共通書式)

裏面もご覧ください

記入例

登園・登校届 (保護者記入)

施設長 殿

〇〇〇 学校長 殿

〇学年

〇組

児童生徒氏名 〇〇 〇〇

生年月日 平成〇年 〇月 〇日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)	登園・登校のめやす
☑ 溶連菌感染症	抗菌薬服用後24～48時間経過していること
手足口病	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑	全身状態が良いこと
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)	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
RSウイルス感染症	呼吸器症状が喪失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	すべての発疹が痂皮(かさぶた)化していること
突発性発疹	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

(医療機関名) 〇〇〇〇 (令和 〇年 〇月 〇日受診)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、令和 〇年 〇月 〇日より登園・登校いたします。

令和 〇年 〇月 〇日

保護者名 〇〇 〇〇 (印)

※保護者のみなさまへ

保育園・幼稚園・認定子ども園・学校は、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・登校のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、記入及び提出をお願いします。

(上都賀郡市医師会北部地区医師会共通書式)