

登園届 (保護者記入)

新城こども園 園長殿

園児 氏名 _____

平成 _____

令和 _____ 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"/>	伝染性紅班 (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"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発しん
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹 (とびひ)
<input type="checkbox"/>	頭しらみ
<input type="checkbox"/>	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

(医療機関名) _____ (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日受診) し

医師の指示の元、療養 (_____)

し集団生活に支障がない状態と判断しますので

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

※保護者の皆さまへ

こども園は、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1日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやす(裏面)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。

新城こども園

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日目	抗菌薬内服後 24～48 時間が経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治っていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑（りんご病）	発しん出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎	症状のある間と、症状消失1週間（量は減少していくが数週間ウイルスを排出しているため注意が必要）	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	急性期の数日間（便の中に1ヶ月程度ウイルスが排出しているため注意が必要）	発熱や口腔内の水疱・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	呼吸器症状のある間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮（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
伝染性膿痂疹（とびひ）	水疱、びらん面がある場合	感染のおそれがないと認めるまで（確実にガーゼで覆い接触感染を防ぐこと）
頭しらみ	成虫がいるとき	駆除に努めながら登園可能
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	咽頭粘膜、扁桃に菌が存在する間	抗菌薬内服後24～48時間が経過していること