園長あて　　**登　園　届**　（保護者がご記入ください）　2024.3.31 改訂

組名	園児名	記入日 年　月　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（受診日＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　）において

下記病名と診断されましたが、症状が回復し、集団生活に支障がない状態となりましたので、

＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿＿）より登園いたします。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●病名・・・該当疾患に☑をお願いします

	麻しん（はしか）
	インフルエンザ
	風しん
	水痘（水ぼうそう）
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	結核
	咽頭結膜熱（プール熱）
	流行性角結膜炎
	百日咳
	腸管出血性大腸菌感染症（O157，O26，O111 等）
	急性出血性結膜炎
	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）
	新型コロナウイルス感染症

	溶連菌感染症
	マイコプラズマ肺炎
	手足口病
	伝染性紅斑（りんご病）
	ウイルス性胃腸炎 （ノロ、ロタ、アデノウイルス等）
	ヘルパンギーナ
	RS ウイルス感染症
	帯状疱しん
	突発性発しん
	咽頭結膜熱、流行性角結膜炎以外のアデノウイルス

	その他（　　）

●お子さんの回復状況について・・・保育の参考にしますのでご記入をお願いします。

１～６は保育園で集団生活を送る際の目安となります。B 群に〇がある場合は担任にご相談ください。

		A 群	B 群
1	裏面の表を確認し【感染しやすい期間】は過ぎていますか。	はい	いいえ
2	裏面の【登園のめやす】を確認し、めやすを満たしていますか。	はい	いいえ
3	機嫌がよく元気で食欲があり、集団生活可能な状態に回復しましたか。	はい	いいえ
4	水分補給や通常の食事が摂れていて、保育園給食を食べられますか	はい	いいえ
5	飲食すると下痢したり、２４時間以内に２回以上の水様便がありますか。	下痢なし	下痢あり
6	再登園前の２４時間以内に３８度を超える発熱がありましたか。 ➡発熱症状があった場合は**解熱確認　　月　　日　　時頃**	発熱なし	発熱あり
7	解熱剤は使用しましたか。　**➡最終使用は　　月　　日　　時頃**	使用なし	使用あり
8	再登園する日の時点で、お薬等を服用していますか。	服用なし	服用あり
9	園での投薬が必要ですか。（投薬願いと薬剤情報をご用意ください）	投薬なし	投薬あり