

登園届(保護者記入)

園児氏名 _____

医療機関名 (年 月 日受診)において、
症状が回復し、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。

記

該当疾患に○	疾患名	* 出席停止期間の基準 * 以下の基準に基づき、主治医が判断する
	溶連菌感染症 (溶血性レンサ球菌感染症)	抗菌薬内服後 24~48 時間経過していること (内服開始日時 月 日 時頃)
	マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳が治まっていること
	手足口病	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、 <u>普段の食事がとれること</u>
	伝染性紅斑(りんご病)	全身状態が良いこと
	ウイルス性胃腸炎 (ノロ・ロタ等)	嘔吐・下痢などの症状が治まり、 <u>普段の食事がとれること</u>
	ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、 <u>普段の食事がとれること</u>
	RSウイルス感染症	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
	带状疱疹	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

年 月 日

保護者名 _____

印またはサイン _____