

登園届 (保護者記入)

もみのき保育園施設長 殿

入所児童氏名

_____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"/>	伝染性紅斑(リンゴ病)
<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

(医療機関名) _____ (_____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

_____年 _____月 _____日より登園いたします。

_____年 _____月 _____日

保護者氏名

医師の診断を受け、保護者の記入した登園届が必要な感染症

医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症

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日間	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	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
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(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)	症状のある間と、症状消失後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ので注意が必要)	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か月程度ウイルスを排出しているので注意が必要)	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

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については(—)としている。

厚生労働省

保育所における感染症ガイドラインより抜粋

【保護者の皆様へ】

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生や流行を、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、登園の目安を参考に、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。

お薬依頼票

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名	保護者名		印
病名	病院名	病院での処方日 R 年 月 日	
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬(塗薬・点眼)			
投与時間	昼食前	3時おやつ前	
	昼食後	3時おやつ後	その他()
受付保育士	印	与薬保育士	印

※薬は飲ませる量だけ持参して下さい。

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。

お薬依頼票

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名	保護者名		印
病名	病院名	病院での処方日 R 年 月 日	
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬(塗薬・点眼)			
投与時間	昼食前	3時おやつ前	
	昼食後	3時おやつ後	その他()
受付保育士	印	与薬保育士	印

※薬は飲ませる量だけ持参して下さい。

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。

お薬依頼票

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名	保護者名		印
病名	病院名	病院での処方日 R 年 月 日	
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬(塗薬・点眼)			
投与時間	昼食前	3時おやつ前	
	昼食後	3時おやつ後	その他()
受付保育士	印	与薬保育士	印

※薬は飲ませる量だけ持参して下さい。

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。

お薬依頼票

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願いします。			
依頼日	R	年	月 日
依頼先	もみのき 保育園		
園児名	保護者名		印
病名	病院名	病院での処方日 R 年 月 日	
薬の内容 抗生剤 下痢止め 咳止め 外用薬(塗薬・点眼)			
投与時間	昼食前	3時おやつ前	
	昼食後	3時おやつ後	その他()
受付保育士	印	与薬保育士	印

※薬は飲ませる量だけ持参して下さい。

※解熱剤・市販の薬は一切お預かりいたしませんので、ご了承ください。