

指示書

社会福祉法人 武蔵村山正徳会
つむぎ保育園

主治医 各位

当保育園で外用薬を塗布するにあたり、
お手数ですが下記の内容についてご記入をお願いします。

患者名： 生年月日：

診断名：

処方薬名：

与薬指示(期間、時間、部位等)：

その他注意点：

令和 年 月 日

病院名 _____

医師名 _____

登園許可書

社会福祉法人 武蔵村山正徳会

つむぎ保育園 園長 川島 里美殿

組

名前

診断名に○を付けてください

<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	風疹(三日はしか)	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症) (ノロウイルス・ロタ・アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎(はやり目)	<input type="checkbox"/>	頭しらみ
<input type="checkbox"/>	その他()		

上記の疾患にて 月 日から療養中であったが 月 日より
登園を許可します。

令和 年 月 日

(医療機関名)

(医師名)

新型コロナウイルス感染症登園届

(インフルエンザとは登園停止期間の基準が異なりますのでご注意ください)

園児が新型コロナウイルス感染症にかかった場合、学校保健安全法施行規則に規定する登園停止の期間の基準に準じて、感染のおそれなくなるまで、登園停止させることができるようになっています。これに基づき、**診断日から5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで**登園することはできません。つきましては、発熱及び解熱の状況を確認するため、登園する際に本紙を**保護者の方が記入**し担任または事務室に提出してください。(医療機関の記載が必要な「登園許可書」等の提出は不要です)。まん延防止にご理解・ご協力をお願いいたします。

新型コロナウイルス感染症罹患中の主な症状(該当する症状全てを○で囲んでください)									
・発熱(℃)									
・悪寒	・頭痛	・筋肉痛	・関節痛	・倦怠感	・咳	・鼻水	・咽頭痛	・嘔吐	・下痢
・腹痛	・吐き気	・食欲不振	・その他()						
診断日	月	日	曜日	医療機関名:					

罹患中の体温をはかり、下記に記録してください。(平熱: ℃)

診断日0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
夜の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
1日で症状軽快	診断	症状軽快	→ 注1			登園可能		
6日で症状軽快	診断	→				症状軽快	→	登園可能

可能な限り、朝と夜の1日2回、体温を測定し上記に記入してください。

注1: 診断後5日以内のため登園不可となります。

※**診断されたその日**が「**診断日0日目**」となります。

※症状が軽快した後1日間とは、解熱薬などの内服薬を使用しないで症状が軽快し、日常生活が送れるようになり1日を経過したことをいいます。

※解熱とは、24時間以内に発熱しないことをいい、24時間以内に再び発熱した場合は解熱とはなりません。

上記のとおり新型コロナウイルス感染症に罹患しましたが、診断日から5日を経過し、かつ、症状が軽快し1日を経過しましたので登園いたします。
年 月 日
組 園児氏名
保護者氏名

インフルエンザ登園届

園児がインフルエンザにかかった場合、学校保健安全法施行規則に規定する登園停止の期間の基準に準じて、感染のおそれなくなるまで、登園停止させることができるようになっております。これに基づき、**診断日から5日を経過し、かつ、解熱日から3日を経過するまで**登園することはできません。つきましては、発熱及び解熱の状況を確認するため、登園する際に本紙を**保護者の方が記入**し担任または事務室に提出してください。**(医療機関の記載が必要な「登園許可書」等の提出は不要です)**。まん延防止にご理解・ご協力をお願いいたします。

インフルエンザ罹患中の主な症状(該当する症状全てを○で囲んでください)									
・発熱(°C)									
・悪寒	・頭痛	・筋肉痛	・関節痛	・倦怠感	・咳	・鼻水	・咽頭痛	・嘔吐	・下痢
・腹痛	・吐き気	・食欲不振	・その他()						
診断日	月	日	曜日	医療機関名:					
診断名	インフルエンザ(A ・ B ・ 不明)								

罹患中の体温をはかり、下記に記録してください。(平熱: °C)

	診断日0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
夜の体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
例:診断後1日で解熱	診断	解熱	→注1				登園可能		
例:診断後3日で解熱	診断	→		解熱	→			登園可能	

可能な限り、朝と夜の1日2回、体温を測定し上記に記入してください。
 注1: 診断後5日以内のため登園不可となります。
※診断されたその日が「診断日0日目」となります。
 ※解熱後3日間とは、解熱薬を使用しないで発熱しなくなり3日を経過したことをいいます。
 ※解熱とは、24時間以内に発熱しないことをいい、24時間以内に再び発熱した場合は解熱とはなりません。

上記のとおりインフルエンザに罹患しましたが、診断日から5日を経過し、かつ、解熱日から3日を経過しましたので登園いたします。

年 月 日

組 園児氏名 _____

保護者氏名 _____