

インフルエンザ登園届 (保護者記入)

三原市立 \_\_\_\_\_ 保育所長・園長 様

【診断について】

診断日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ に、

受診医療機関 \_\_\_\_\_ にて、

インフルエンザ ( \_\_\_\_\_ 型) と診断を受けました。

【登園について】

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に解熱 (37.5 度未満) した後、発熱していません。

解熱の翌日を 1 日目と数えて 3 日経過しました。

保護者名 \_\_\_\_\_

※インフルエンザの診断について、医師の意見書 (下部) を記入していただくか、医療機関の様式を添付してください。

R 2.1.23 改定

インフルエンザ意見書 (医師記入)

入所児童氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

(病名) インフルエンザ ( \_\_\_\_\_ 型) と診断しました。

(該当に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	【医師による治癒の確認が不要な場合】登園のめやすに該当した場合、登園可能とします。 ※登園のめやす：発症した後 5 日経過し、かつ解熱した後 3 日経過していること
<input type="checkbox"/>	【治癒確認が必要で治癒確認のため受診した場合】 症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登園可能と判断します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (診察日)

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

R 2.1.23 改定