

感染症に罹患した際は、医療機関に確認のうえ、**保護者が記入**して園に提出してください。

感染症に関する受診報告書

那珂川町立 認定こども園 組 氏名

1 感染症名（該当するものの□に✓印をつけてください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型・不明)	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 風しん（三日ばしか）	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> ※感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・アデノウイルス等)	<input type="checkbox"/> ※マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/> ※溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> ※伝染性紅斑（りんご病）	<input type="checkbox"/> ※手足口病
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※印がついている感染症の出席停止は園長判断となりますので、園にご相談ください。

2 症状等

発症日時 (発症0日目)	令和 年 月 日 () 時頃
症状	発熱：無 有 (度 分)、解熱日：令和 年 月 日 ()
その他	家庭内での感染者 無 ・ 有

3 受診した医療機関

受診日時	令和 年 月 日 () 時頃
医療機関名	
医師からの 指示事項等	令和 年 月 日 () から登園が可能であると指示されました。

医師からの指示に基づき、出席停止期間の基準を過ぎましたので、本日より登園させることとします。

年 月 日

保護者氏名