

# 感染症届出書(保護者記入)

東久留米おひさま保育園

組 園児名 \_\_\_\_\_

疾 患 名 該当欄に☑をお願いします。	登園のめやす
溶連菌感染症	抗菌薬内服後 24 時間以上経過していること
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、普段の食事がとれること
伝染性紅斑(リンゴ病)	全身状態が良いこと
感染性胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノウイルスなど)	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	発熱や口腔内の水疱・潰瘍がなく、普段の食事がとれること
帯状疱疹	すべての発疹が痂皮化してから
突発性発疹	熱が下がり機嫌や全身状態が良いこと
伝染性膿痂疹(とびひ)	治療を受け改善傾向にあること(他者への感染防御が必要)
RS ウイルス感染症	呼吸器症状が消失し、全身症状が良いこと
その他 ( )	

保育園長様

令和 年 月 日

病院(医院)において

上記疾患の診断を受けました。

症状が回復しましたので登園いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

<h2 style="margin: 0;">与薬依頼書</h2>			
東久留米おひさま保育園長 殿			
園児名		クラス	生年月日 年 月 日
保育園時間内での与薬を行います			
保護者名		令和	年 月 日

主治医の先生へ

与薬について下記の指示にご記入をお願いします。

東久留米おひさま保育園

<h2 style="margin: 0;">与薬指示書</h2>	
病名	
薬剤及び作用	
園で服薬が必要な理由	
剤形及び服薬量	
与薬時間	昼食後 ・ 時ごろ
期間	年 月 日
特記事項	
医療機関名及び所在地	
令和 年 月 日	
TEL	
医師名	