

感染症に罹患した場合について（お願い）

日頃より本園の教育・保育に対し、ご理解とご協力をいただきましてありがとうございます。
さて、本園はお子さま方が集団で長時間生活を共にする場です。お子さまが下記のような感染症にかかった場合は、医師の診断にしたがい、登園停止期間を経過し、園での集団生活に適應できる健康状態に回復してから登園するようご協力をお願いいたします。

記

- 1.ねらい 感染症の集団発生や流行の拡大を防ぐため
- 2.提出日 登園停止期間を経過し、登園した日
- 3.記入者 保護者
- 4.内 容 **【出席停止となる感染症一覧】**
 - ・麻疹
 - ・流行性耳下線炎（おたふくかぜ）
 - ・風疹(三日はしか)
 - ・マイコプラズマ感染症
 - ・水痘（みずぼうそう）
 - ・流行性嘔吐下痢症
 - ・結核
 - ・腸管出血性大腸菌感染症（O—157）
 - ・百日咳
 - ・インフルエンザ
 - ・流行性結膜炎
 - ・溶連菌感染症
 - ・伝染性紅斑
 - ・咽頭結膜炎（プール熱）
 - ・手足口病
 - ・ペルパングーナ
 - ・RSウイルス
 - ・急性出血性結膜炎
 - ・帯状疱疹
 - ・新型コロナウイルス感染症
- 5.その他 必ず病院を受診して医師の診断を受け、指導内容を医師の指導事項の欄に保護者の方がご記入ください。

問い合わせ先

認定こども園 大成学園幼稚園

TEL 029-295-1288

FAX 029-295-8443

治癒報告

認定こども園 大成学園幼稚園長 様

次のとおり、疾病について治癒しましたので報告します。

園児氏名	組
病名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型） <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（ノロ、ロタウイルス等） <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎（プール熱） <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他 []
医療機関名	
受診日	令和 年 月 日
医師の指導事項	
出席停止の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

保護者氏名 印

治癒報告

認定こども園 大成学園幼稚園長 様

次のとおり、疾病について治癒しましたので報告します。

園児氏名	組
病名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型） <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（ノロ、ロタウイルス等） <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎（プール熱） <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他 []
医療機関名	
受診日	令和 年 月 日
医師の指導事項	
出席停止の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

保護者氏名 印