

登園届

ル・アンジェ _____ 保育園 施設長殿

入所園児名

病名『 _____ 』と診断され、 _____ 年 月 日に
医療機関名『 _____ 』医療機関連絡先（ _____ ）
において、症状が回復し集団生活に支障がないと判断されましたので、
登園いたします。

保護者氏名

印

・保育園は乳幼児が集団で長時間生活をともにする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、子どもたちが一日快適に生活できることが目安です。

・保育園児がよくかかる下記の感染症については、登園の目安を参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届のご提出をお願いします。なお、保育園での集団生活に適應できる状態に回復されてからの登園とされるよう、十分にご配慮願います。

下記の感染症が治り登園される際には、保護者の記入される登園届をご提出ください。

●医師の診断を受け、保護者の記入される登園届が必要な感染症

感染症名	感染しやすい時期	登園の目安
インフルエンザ	症状がある期間（発症前24時間から発病後3日程度までが最も感染力が強い）	発症した後5日を経過し、解熱した後2日を経過するまで（幼児・乳幼児については3日をすぎるまで）
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日	抗菌薬内服から24～48時間経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱、潰瘍が発生した数日間	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（りんご病）	発疹出現前の数日間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎（ロタ・ノロ・アデノウイルス等）	症状のある間と、症状消失後1週間（量は減少しているが数週間ウイルスを排泄しているので注意が必要）	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	急性期の数日間（便の中に1ヶ月程度ウイルスを排泄しているので注意が必要）	発疹や、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
RSウイルス感染症	呼吸器症状のある期間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	水疱を形成している間	すべての発疹が痂皮化してから
突発性発疹		解熱し機嫌がよく、全身状態が良いこと
伝染性膿痂疹		病状により、医師において感染の恐れがないと認められるまで

登園許可証明書

園児名	感染症名		
年 月 日から症状が回復し、集団生活に支障がない状態になったので、登園可能と判断します。	記入年月日		
	医療機関名		
	医師名	印	

- ・ 保育園は乳幼児が集団で長時間生活をともにする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、子どもたちが一日快適に生活できるよう、下記感染について登園許可証明書の提出をお願いします。
- ・ 感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が、集団生活の可能な状態になってからの登園となるようご配慮下さい。

●医師が記入した意見書が必要な感染症

感染症名	感染しやすい時期	登園の目安
麻疹（はしか）	発症1日前から発疹出現後の4日後まで	解熱後3日を過ぎてから
風疹	発疹出現の前7日から、後7日くらい	発疹がすべて消失してから
水痘（水ぼうそう）	発疹出現1～2日前から痂皮形成まで	すべての発疹が、痂皮化してから
流行性耳下腺炎（おたふく）	発症3日前から耳下腺腫脹後4日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の膨張が出現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで
結核		医師により感染の恐れがないと認められるまで
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等が出現した数日間	主な症状が消え2日経過してから
流行性結膜炎	充血、目やになどの症状が出現した数時間	感染力が非常に強いため、結膜炎の症状が消失してから
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を過ぎるまで	特有の咳が消滅するまで、または5日間の適切な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
腸管出血性大腸菌感染症（O157, O26, O111など）		症状が治まり、かつ抗菌薬による治療が終了し、48時間を空けて連続2回の細菌検査（検便）によっていずれも菌陰性が確認されたもの
急性出血性結膜炎	ウイルスが呼吸器から1～2週間、便から数週間、便から数週間～数ヶ月排出される	医師により感染の恐れがないと認められるまで
侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）		医師により感染の恐れがないと認められるまで

* 上記以外にも登園許可書が必要な場合があります。その場合は個別にお知らせします。

下記の通り、保育園に投薬を依頼し、投薬の責任は保護者といたします。

園児氏名		病名 (症状)	
保護者氏名			

■与薬内容

与薬期間											
種類	<input type="checkbox"/>	粉薬	<input type="checkbox"/>	水薬	<input type="checkbox"/>	錠剤	<input type="checkbox"/>	塗り薬	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
薬品名											
与薬時間	<input type="checkbox"/>	昼食前	<input type="checkbox"/>	昼食後	<input type="checkbox"/>	食間	<input type="checkbox"/>	その他 ()			
与薬量											
与薬方法											
備考											

■処方を受けた医療機関

医療機関名		電話番号	
-------	--	------	--

■与薬依頼にあたってのお願い

<ul style="list-style-type: none"> ・与薬依頼書と合わせて薬の説明書のコピーをご提出ください。 ・薬は医師の処方によって調剤されたものに限りませぬ。市販薬はお預かりできません。 ・与薬品1種（最大7日間分）につき、本依頼書1枚をご提出ください。 ・慢性疾患による定期服要薬及び頓服薬については、別紙「与薬指示書」をご提出ください。 ・与薬品は記名の上、1回分ずつを都度ご持参ください。
--

日付	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						

日付	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						

日付	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						

日付	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						