

罹患証明書 (医師記入)

園長 殿

園児氏名

年 月 日 生

上記患者は、下記の疾患に感染しているものと証明いたします。

症状出現日： 年 月 日 (発症0日)

診 断 日： 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症) ※ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	带状疱疹しん
<input type="checkbox"/>	その他の感染症 ()

保護者の皆さまへ

保育所・幼稚園等は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、裏面の登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、症状が軽快してから登園してください。

登園を再開する際には、この「罹患証明書」を在籍する園に提出して下さい。

経過報告書(保護者記入)

発症	月 日	朝の体温	夜の体温	症状
0日目	月 日	℃	℃	
1日目	月 日	℃	℃	
2日目	月 日	℃	℃	
3日目	月 日	℃	℃	
4日目	月 日	℃	℃	
5日目	月 日	℃	℃	
6日目	月 日	℃	℃	
7日目	月 日	℃	℃	
8日目	月 日	℃	℃	
9日目	月 日	℃	℃	

★気になる症状等ある場合は、再度かかりつけ医へ受診してください。