

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：

◎該当疾患に☑をお願いします。インフルエンザは何型かご記入ください

チェック欄	感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
	インフルエンザ (型)	症状が有る期間 (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日経過し、かつ解熱した後 3日経過していること
	新型コロナウイルス 感染症	発症後5日間	発症した後5日を経過し、かつ症状が 軽快した後1日を経過すること ※無症状の感染者の場合は、検体採取日を 0日目として、5日を経過すること

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、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。

三島市役所 こども保育課 (R6.10.7 改定)