

【医療機関記入】

令和 年 月 日

施設長 宛

保護者氏名 _____

児 童 氏 名 _____

登 所 ・ 登 園 許 可 書

1 病名（該当する疾患の番号に○をつけてください）

1	麻疹（はしか）	5	結核
2	風しん	6	咽頭結膜熱（プール熱）
3	水痘（水ぼうそう）	7	流行性角結膜炎
4	流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	8	百日咳
9	その他の疾患（髄膜炎菌性髄膜炎等）医師の指示によるもの		

2 上記疾病は、（ 治癒 ・ 軽快 ）し、集団生活に支障がない状態になったので、

令和 年 月 日から登所（園）可能と判断します。

令和 年 月 日

医療機関名又は

医 師 名

【保護者記入】

令和 年 月 日

施設長 宛

保護者氏名

児 童 氏 名

登 所 ・ 登 園 届

症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので令和 年 月 日より
登所（園）します。

1 医療機関を受診した場合のみ記入してください。

受診年月日	受診医療機関
令和 年 月 日	病 院・小 児 科 医 院・クリニック

2 インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症（該当する方に○をつけてください。）

病名	発症日等	出席停止期間の基準
インフルエンザ	発 症 日： 月 日 症状が軽快した日： 月 日	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後、3日を経過するまで
新型コロナウイルス感染症	発 症 日： 月 日 症状が軽快した日： 月 日	発症した後5日を経過し、かつ症状軽快後、1日を経過するまで

3 その他の疾患

1	溶連菌感染症	6	帯状疱疹	11	風邪（普通感冒） ◎受診した場合のみ
2	マイコプラズマ肺炎	7	突発性発疹	12	ヒトメタニューモウイルス
3	手足口病	8	ヘルパンギーナ	13	アデノウイルス
4	伝染性紅斑（りんご病）	9	ウイルス性胃腸炎 （ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等）	14	その他の疾患 〔 〕
5	R S ウイルス感染症	10	非感染性胃腸炎 （嘔吐下痢症状）		

■本届は、保護者等が記入するものです。

■保育所（園）等は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行を防ぐことはもちろん、子どもたちが快適に一日を過ごせることが大切です。保育所（園）等での集団生活に適応できる状態に回復してから登所（園）するよう御配慮ください。

ふじの木保育園		年 月 日		
薬 の 依 頼 書 (お家の方が記入してください。)				
保護者氏名		子ども氏名		
ク ラ ス	組	年 齢	歳	ヶ月
医療機関名 (電話番号)	()	担当医師名		
☆ 該当するところを○で囲んでください。 1 薬を処方された日 月 日 2 薬 名・・・・・・・・ 風邪薬 お腹の薬 皮膚の薬 目薬 耳の薬 (計 個) その他() 3 薬の種類・・・・・・・・ 飲み薬 塗り薬 点眼薬 4 飲む時間・・・・・・・・ 食前 食後 その他 () 5 服用方法・・・・・・・・ そのまま 水で溶く その他 () 6 その他連絡事項 (症状等)・・・・・・・・ 【お願い】 ① 薬(本日服用分)と一緒にこの用紙を保育士に直接お渡しください。 ② 薬の説明書がある場合は保育士にお見せください。 ③ 薬を入れた容器や袋には必ず子どもさんの名前を記入ください。 ④ 慢性の病気 (心臓疾患、喘息、アレルギーなど) で薬が必要となる場合には、医師の指示に従い、事前に保育園長にご相談ください。 ⑤ 本日の連絡先をお聞かせください。				
申 請 月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
連 絡 先				
電 話 番 号				

※保育所記載欄

受 領 者				
受領時間	時 分	時 分	時 分	時 分
保 管 者				
投 与 者				
投与時間	午 前 ・ 午 後 時 分	午 前 ・ 午 後 時 分	午 前 ・ 午 後 時 分	午 前 ・ 午 後 時 分
特記事項				
保護者印				

※この用紙は保育園で保管いたします。最後の「保護者印」を押されましたらお返しくささい。