

受診報告書

★の5カ所は必ずご記入ください



組 園児名

記入日 年 月 日 保護者名

★該当する病気に○をしてください

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 1.結膜炎
(流行性角結膜炎(はやり目)以外) | 10.伝染性軟属腫(水いぼ) |
| 2.突発性発疹 | 11.溶連菌感染症 |
| 3.ウイルス性発疹 | 12.手足口病 |
| 4.感染性胃腸炎
(加・叻・その他 _____) | 13.ヘルパンギーナ |
| 5.腸内細菌陽性
(O-157,O-26,O-111等) | 14.RSウイルス感染症 |
| 6.伝染性紅斑(りんご病) | 15.ヒトメタニューモウイルス感染症 |
| 7.アタマジラミ | 16.アデノウイルス感染症 |
| 8.帯状疱疹 | 17.マイコプラズマ感染症 |
| 9.伝染性膿痂疹(とびひ) | 18.真菌症
(カンジダ・水虫・鷲口瘡) |
| 21.その他 | 19.インフルエンザ(A・B) ※いずれかに○ |
| | 20.新型コロナウイルス感染症 |

★受診日 年 月 日

★受診した医療機関

★登園の目安

いつから登園可能か、どのような治療、活動制限で登園可能かを医師にご確認ください
<記入例>普通の便が出て、食欲が出てから/患部を保護して登園可/3日おきにシャンプー剤を4回使用してから 等

★今後の予定(該当する予定に○をしてください)

治癒にて受診終了 ・ 再受診の予定あり(再受診予定日 年 月 日)

※ **インフルエンザ** または **新型コロナウイルス感染症** の場合は、

発症日と解熱日の記入をお願いします

インフルエンザ: 発症翌日から5日かつ解熱翌日から3日間は登園停止です

新型コロナウイルス感染症: 発症翌日から5日かつ解熱翌日から1日間は登園停止です

発症日 年 月 日 解熱日 年 月 日