

学童登所届

_____年 _____組 氏名_____

_____月 _____日に医療機関を受診し、下記の診断を受けました。
このため、_____月 _____日から欠席させていましたが、_____月 _____日に登所させます。

診 断 名 :
※○印をご記入ください

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<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（リンゴ病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹

令和_____年_____月_____日

保護者氏名_____印

- ※ 自宅で休養する期間については、必ず医師の指示した機関に従ってください。
- ※ 病気の状況によっては、医師の証明書を提出していただく場合があります。
- ※ 麻しん（はしか）・風しん・水痘（水ぼうそう）・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・結核・咽頭結膜熱（プール熱）・流行性角結膜炎・百日咳・腸管出血性大腸菌感染症（O-157、O-26、O-111等）・急性出血性結膜炎・髄膜炎菌性髄膜炎については、「治癒証明書」が必要となります。

治癒証明書

_____年 _____組 氏名_____

上記の者は、下記○印の学校感染症が軽快し、かつ基準に準じて、感染症の予防上、支障がないと認め、_____年_____月_____日より登所を許可します。（但し、下記の基準に達した場合でも、園児の健康状態を総合的に観察し、医師の判断により登所を延期することができる。）

令和_____年_____月_____日

医師氏名_____

学童施設長 殿

記

	病名	出席停止期間の基準
	麻疹	解熱した後、3日を経過するまで
	水痘	全ての発疹がかさぶたになるまで
	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後 5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
	百日咳	特有な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	風疹	発疹が消失するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
	結核	感染のおそれがないと認められるまで
	腸管出血性大腸菌感染症	園医、その他の医師において感染のおそれなしと認められるまで
	急性出血性結膜炎	
	流行性角結膜炎	