

登園に関する情報提供書

名前 _____ さん H R 年 月 日 生まれは、
本日当院を受診され、以下の通りと診断いたします。

診断名 _____

発病日 令和 年 月 日

- 登園停止の必要はありません。体調がよいならば登園できます。
- 学校保健安全法の規定により 月 日から登園できます(おたふく風邪など)。
- 学校保健安全法の規定により 月 日以後で、かつ、解熱後 4 日目(解熱した日を 0 日目とする)以後に登園できることを伝えていきます(インフルエンザ)。
- 学校保健安全法の規定に基づいて登園が可能な状態につき指導しております。
概ね _____ 月 _____ 日から登園できると思われます。
- 登園を禁止していましたが、月 日 曜日から登園できます(アデノウイルス、溶連菌など)。

本情報提供書を保育所(園)・幼稚園に提供することに同意します。

保護者氏名 _____

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印

登園に関する情報提供書(下痢症)

園長

園児氏名 _____ : 生年月日: 平成/令和 年 月 日

下記の(1)~(4)のうち、該当する項目番号に○印をつけてください。
必要な場合は複数の項目番号に○印をつけてください。

- (1) 診察の結果、本児の下痢症状は改善しており登園は可能と考えます。
- (2) 診察の結果、本児の下痢症状は改善しており登園は可能と考えられますが、便中にはロ
タウイルス等のウイルスが存在しうる可能性が考えられますので、排便の処理には注意を
必要とします
- (3) 診察の結果、本児の下痢症状は改善しており登園は可能と考えられますが、便中には
「 _____ (細菌名を記入)」が存在しておりますので、排便の
処理には十分な注意を必要とします。
- (4) 検査の結果、本児の便中の「 _____ (細菌名を記入)」が陰性化しました。

本情報提供書を保育所(園)・幼稚園に提供することに同意します。

保護者氏名 _____

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印