

感染症報告書

※医療機関受診後、保護者の方が該当疾患に☑、記入していただき、園に提出してください。

※ノロ、ロタ、嘔吐、下痢は保健所に報告する際に情報が必要なため、症状や頻度などご記入ください。

クラス（ ） 児童氏名（ ）

☑して下さい	疾患名	登園のめやす
☐	インフルエンザ	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	新型コロナウイルス	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	ノロウイルス	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
症状・ 頻度など		
☐	ロタウイルス	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
症状・ 頻度など		
☐	嘔吐・下痢	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
症状・ 頻度など		
☐	麻疹（はしか）	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	風疹	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	水痘（水ぼうそう）	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	結核	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	咽頭結膜炎（プール熱）	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	流行性角結膜炎	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	百日咳	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	急性出血性結膜炎	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）
☐	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）	発症日（ / ） 登園可能日（ / ）

受診した医療機関名：

診断を受けた日：令和 年 月 日

提出日：令和 年 月 日（保護者署名： ）