

## 県からのご協力願い

感染症によりお休みした場合、登園するには許可書が必要になります。

証明書・治癒届を必ず一緒に提出して下さい。

提出がない場合、受け入れをすることが出来ません。

ご協力宜しくお願い致します。

# 証明書

平成 年 月 日

下記患者は、インフルエンザに感染しているものと診断されました。

臨床診断

簡易キット	使用無し	A	B	陰性
-------	------	---	---	----

症状出現日: 月 日

診断日: 平成 年 月 日

病院名:

医師名:

\* 学校保健安全施行規則第19条第2項によると、インフルエンザによる出席停止期間の基準は、『発症後5日かつ解熱後3日』とされています。

## 保護者記入欄

下記のとおり、発症後5日かつ解熱日を経過しましたので、出席停止措置の中止をお願い致します。

体温測定 月 日 時	測定時間: 体温				測定時間: 体温			
月 日	午前	時	分:	度	午後	時	分:	度
月 日	午前	時	分:	度	午後	時	分:	度
月 日	午前	時	分:	度	午後	時	分:	度
月 日	午前	時	分:	度	午後	時	分:	度
月 日	午前	時	分:	度	午後	時	分:	度
月 日	午前	時	分:	度	午後	時	分:	度
月 日	午前	時	分:	度	午後	時	分:	度

(発熱期間が長く、解熱3日が記録出来ない場合は、裏面・あるいは別の記録用紙を添付するなどして下さい)

園児名:

平成 年 月 日

保護者氏名:

印

# 治癒届

ひやごん保育園 園長 殿

平成 年 月 日

クラス名 \_\_\_\_\_ 組

園児名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

上記の者は、平成 年 月 日より平成 年 月 日まで休園していましたが、\_\_\_\_\_ (病名) が軽快し、伝染病の予防上支障がないと主治医 ( \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生) より指示を受けましたので、ここにお届けいたします。なお、下記の日時より登園いたしますので、よろしく願いいたします。

## 記

1. 登園開始日 平成 年 月 日より

2. 連絡事項

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_