

感染症届出書 (保護者記入)

託児施設 さくらの風

お子様の名前 _____

疾患名 該当欄に☑をお願いします。	ご利用のめやす
溶連菌感染症	抗菌薬内服後 24 時間以上経過していること
マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	発熱がなく、普段の食事が食べられること
伝染性紅斑 (リンゴ病)	発疹のみで全身状態が良いこと
感染性胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノウイルス等)	嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事が食べられること
ヘルパンギーナ	発熱がなく、普段の食事が食べられること
帯状疱疹	すべての発しんが痂皮化してから
突発性発しん	熱が下がり、機嫌や全身状態が良いこと
伝染性膿痂疹 (とびひ)	治療を受け、改善傾向にあること
その他 ()	医師の指示により

平成 年 月 日 病院(医院)において

上記疾患の診断を受けました。

病状が回復しましたので、利用いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____