

もも・すみれ・さくら 組 氏名

◆該当する項目に○をつけ、必要事項を保護者をご記入下さい。

保護者名

◆再登園の初日に、担任へ提出して下さい。

〈 〉 陽性と診断された場合

◇症状の有無： なし ・ あり(月 日から症状：)

◇医療機関受診： なし ・ あり(医療機関名)

◇保健所相談窓口へ連絡： なし ・ あり(相談施設名：)

◇検査日： 月 日実施 PCR 検査 ・ 抗原検査 ・ 検査なしで陽性判断

◇保健所からの指示 自宅療養期間 年 月 日～ 年 月 日まで
 その他指示内容()

◇自宅療養システムによる自宅待機期間 年 月 日～ 年 月 日まで

◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 感染症の疑い及び風邪症状があり医療機関を受診または相談した場合

◇症状：発熱(°C) ・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水 ・ 倦怠感 ・ 頭痛
 その他()

◇受診日： 年 月 日 投薬や指示内容

◇医療機関名： _____

◇診断名： _____

◇検査の必要性：なし ・ あり (PCR 検査・抗原検査)： 月 日実施し陰性

◇登校を許可された日： 年 月 日

◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 感染が疑われる症状及び風邪症状があり自宅待機をした場合

※症状がある場合は、医療機関を受診して下さい。医療機関ひっ迫等の場合は、症状が治まった日の翌々日からの登園となります。

◇症状：発熱(°C) ・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水 ・ 倦怠感 ・ 頭痛
 その他()

◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 濃厚接触者となり自宅待機をした場合

※陰性が確認できた場合は必ず□内にチェックを記入してください。

◇特定された保健所または施設：()

◇薬事承認された抗原検査での検査有無 なし・あり (ありの場合 □4日目陰性□5日目陰性)

◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 その他の理由で登園を自粛した場合

◇事由()

◇登園自粛期間： 年 月 日～ 年 月 日まで