

# 新型コロナウイルス 登園連絡票

園長 様

組 氏名

<保護者が記入してください>

予防接種	未接種 ・ ( ) 回接種
検査で陽性 となった日	陽性となった日： 月 日 検査方法：(PCR ・ 抗原検査) 医療機関名：
発症日	月 日 *無症状の場合は、検査で陽性になった日 *無症状陽性者が経過中に症状が出た場合は、症状が出た日
発症時 の症状	発熱 咽頭痛(口の中を痛がる) 頭痛 元気がない 機嫌が悪い 咳 その他 ( ) 無症状 *無症状陽性者が経過中に症状が出た場合は、出た症状を記載
解熱日 症状軽快日	解熱日 : 月 日 *最後の発熱が下がった日 症状軽快日： 月 日
登園を再開 する日の 朝の症状	登園を再開する日： 月 日 体温 ( . °C) 咳・鼻汁はひどくない ( はい ・ いいえ ) 嘔吐・下痢はひどくない ( はい ・ いいえ ) いつもどおり食べている ( はい ・ いいえ ) 機嫌は良い・元気はある ( はい ・ いいえ ) *37.5°C以上の場合は登園できません。「いいえ」がある場合も登園は控え 1日様子をみてください。改善しない時は、医療機関を受診してください。
登園を判断した理由 (1、2のいずれかに○をつけてください。) 1 出席停止期間の基準を満たし、全身状態が良好のため 2 医療機関を受診し、登園が許可されたため ※2の場合は、医師の登園許可書 (下の医師記載欄) が必要です。	

※裏面の療養経過記録に経過を記入して、提出してください。

新型コロナウイルスのため欠席させていましたが、回復しましたので、上記連絡いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

<医師記載欄>

上記の者は、症状の改善がみられ、集団生活に支障はありませんので、  
月 日より登園を許可します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印