

※かかりつけの医師の診断に基づき、「インフルエンザ登園許可願い」の記載をお願いします。なお、こども園での集団生活に適応できる状態に回復してから登園するよう、ご配慮下さい。

※登園の際には、下記の「インフルエンザ登所許可願い」の提出をお願いします。登園の基準については裏面の早見表をご参照下さい。

<保護者記入用>

インフルエンザ登園許可願い（保護者記入）			
<u>城西こども園長 宛</u>			
園児氏名 _____		(_____ 組)	
生年月日 _____			
年 月 日		医療機関名 _____	
において			
病名 _____		インフルエンザ _____	
と診断されました。			

体温測定月日	朝の体温	夕の体温	解熱薬使用の有無
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有
月 日	時 分: 度	時 分: 度	無・有

※症状が出た日から体温を測定し、記載して下さい。(1日につき1行ずつ記載)

※発熱期間が長く、解熱後3日が記録できない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどして下さい。

※解熱後3日とは、解熱剤を使用しないで発熱しなくなり3日を経過したことをいいます。

※登園初日受け入れ時に検温を実施しますので、ご了承下さい。