

季節性インフルエンザ用（保護者記入）

治癒報告書（保護者記入）

保育所（園）長 様

クラス名 \_\_\_\_\_

児童名 \_\_\_\_\_

疾患名（該当に○） [ インフルエンザ A型・B型・不明 ]

医療機関受診日 [ 医療機関名： \_\_\_\_\_ 受診日：令和 年 月 日 ]

発症日 [ 令和 年 月 日 ]

解熱日 [ 令和 年 月 日 ]

上記医療機関におきまして季節性インフルエンザと診断されました。

「発症した後5日経過」し、かつ「熱が下がった後3日を経過」するまで」の両方の条件をみたし、児童の健康が回復したため、登園いたします。

※こども家庭庁による「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改定版 2023（令和5年）5月一部改訂）」に依拠した基準です。

	0日目 発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	8日目	9日目	10日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
解熱日 に○										

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

例) 発症日を0日として起算します。

発症日	発症後5日間は登園できません						6日目	8日目	9日目
0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	8日目	9日目	
月/日	11/3	11/4	11/5	11/6	11/7	11/8	11/9	/	/
解熱日 に○		○					登園 可能		
月/日	11/3	11/4	11/5	11/6	11/7	11/8	11/9	11/10	11/11
解熱日 に○					○	1日目	2日目	3日目	登園 可能
発症日	熱が下がった後3日を過ぎるまで登園できません								