

出席停止解除願い (インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症用)

千代田区立

園長

園児名

症状も回復し集団生活に支障がない状態になったので、出席停止の解除をお願いします。

年 月 日

| | |
|--|----------|
| 発 症 日 <small>※インフルエンザの場合は発熱した日 ※コロナ無症状の場合は検査した日</small> | 年 月 日 |
| 受 診 日 | 年 月 日 |
| 休むよう 指示のあった期間 | 年 月 日 まで |
| 医 療 機 関 名 | |

保護者署名(自署)

該当する病名に○をつけてください。

| ○ | 病 名 | 登園のめやす(登園を控える期間) |
|---|------------------|--|
| | インフルエンザ (A・B・不明) | 発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過するまで |
| | 新型コロナウイルス感染症 | 発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過すること(無症状の感染者の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過すること。) |

| 発症からの 日数 | 0日目 (発症日) | 1日目 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | 5日目 | 6日目 | 7日目 | 8日目 |
|---------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 月 日 | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| その日の 最高体温 | | | | | | | | | |
| 解熱した日 症状が軽快し た日(○印) | | | | | | | | | |

※必要事項を保護者が記入して、治癒後の登園日に提出してください。

※登園のめやすの数え方は、発症日を0日目とし、登園のめやすの期間を経過するまでです。順調に回復した場合は、治癒を確認するための再受診は不要です。(医師からの指示があった場合はそれに従ってください。)また順調に回復せず、登園のめやすの期間を経過しても、症状がある場合は再度受診をしてください。