

登園 / 登校届 (保護者記入)

School Attendance Form (to be filled out by a guardian)

オキナワインターナショナルスクール園長/校長 殿

To Principal, Okinawa International School

園児/児童/生徒氏名

Student name

生年月日

年

月

日

Birthday

Year

Month

Day

該当疾患に☑をお願いします。

Please check ☑ for applicable disease.

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症 Hemolytic Streptococcal Infection (Strep)
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎 Mycoplasma Pneumonia
<input type="checkbox"/>	手足口病 Hand, foot and mouth disease
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病) Erythema Infectiosum (Slaped cheek)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎(ノロ・ロタ・アデノウイルス等) Viral Gastroenteritis(Noro, Rotavirus)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ Herpangina
<input type="checkbox"/>	R Sウイルス感染症 RS virus infection
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹 Herpes
<input type="checkbox"/>	突発性発疹 Sudden onset rash

下記の通り医療機関を受診しました。病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、下記日付より登園 / 登校いたします。

The child was examined at the medical institution as follows. It has been determined that his/her medical condition has recovered and is not contagious.

The child will start attending school from the following date.

受診日

年

月

日

Date of medical examination

Year

Month

Day

医療機関名

Medical institution name

登校する日

年

月

日

Date to attend school

Year

Month

Day

保護者名

Parent/Guardian Name

医師の診断を受け、保護者が登園届を記入することが考えられる感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間	抗菌薬内服後24～48時間が経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑 (りんご病)	発しん出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、 ロタウイルス、 アデノウイルス等)	症状のある間と、症状消失後1週間(量は減少していくが数週間ウイルスを排出しているため注意が必要)	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	急性期の数日間(便の中に1か月程度ウイルスを排出しているため注意が必要)	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
R S ウイルス感染症	呼吸器症状のある間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹しん	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮(かさぶた)化していること
突発性発しん	－	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については(－)としている