

保護者各位

船越町めぐみ保育所
園 長 加藤 隆昭

インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症による出席停止及び再登園について

平素から、本園の保育につきまして、御理解と御協力を賜りましてありがとうございます。

インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症にり患した場合には、学校保健安全法第 19 条の基準に準じて出席停止の措置をとります。出席停止の期間中は医師の指示に従って療養してください。

また、病状が回復し登園する際には、必ず医師からの指示（登園許可）に従うとともに、下記の「インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症に関する報告」に保護者の方が必要事項を記入し、再登園の際に園へ提出してください。

【出席停止について】

- 保育園における感染症の拡大防止を目的とする措置です。
- インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症による出席停止の期間の基準（学校保健安全法施行規則第 19 条 2 項）は、次のとおりとされています。

| | |
|--------------|--|
| インフルエンザ | 発症した後 5 日を経過し、かつ、幼児にあつては解熱した後 3 日を経過するまで。 ただし、病状により園医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りではない。 |
| 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。 |

【保護者記入欄】

保育園長 様

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症に関する報告

次のとおり、医師から集団生活が可能との許可が出ましたので、報告します。

| | |
|---|--|
| 1 | 発 症 日：_____ 月 _____ 日（発熱等の症状が出た日を記入してください。） |
| 2 | 診 断 日：_____ 月 _____ 日 |
| 3 | 診 断 型：インフルエンザ <u> A 型 ・ B 型 ・ 不明 </u> 、 <u> 新型コロナウイルス </u> （該当する項目に○を付けてください） |
| 4 | 受診先医療機関名：_____ |
| 5 | 再登園についての医師の指示事項等 〔 _____ 〕 |
| 6 | 上記 5 の医師の指示に基づき、_____ 月 _____ 日から登園させます。 |

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名：_____

（園児名 _____ 組 _____）