

登園届 (新型コロナウイルス関係)

クラス _____

園児名 _____

該当する箇所にをしてください。

濃厚接触者として特定された 保健所から感染防止の依頼があった その他()

症状が現れた日または自宅待機開始日	:	年	月	日 ()
症状が消失した日または自宅待機最終日	:	年	月	日 ()

【検温及び健康観察結果】

	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付 (曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
【朝】 時間 体温	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
【夕】 時間 体温	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
健康観察 (症状など)								

	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目
日付 (曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
【朝】 時間 体温	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
【夕】 時間 体温	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
健康観察 (症状など)								

期間中に発熱・呼吸器症状・倦怠感等の症状があり、医療機関を受診された場合は下記へご記入をお願いします。

医療機関名 : _____ 受診日(検査日) : _____ 年 月 日()

PCR 検査 : _____ + - 実施なし 診断結果 : _____

体調が回復または自宅経過観察期間を終えましたので登園させます。

_____ 年 月 日 保護者氏名 : _____ 印