

登園届 (新型コロナウイルス関係)

クラス _____

園児名 _____

該当する箇所には☑をしてください。

新型コロナウイルス陽性と診断された 濃厚接触者として特定された

受診日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診した医療機関名: _____ 検査方法 抗原検査 (十 一) PCR 検査 (十 一)

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	年	月	日 ()
感染症対策 (マスク、消毒など) を開始した日	年	月	日 ()
自宅待機最終日	年	月	日 ()

【検温および健康観察結果】

	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
日付 (曜日)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
【朝】 時間 体温	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃
【夜】 時間 体温	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃
健康観察 (症状など)									

	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目	16日目	17日目
日付 (曜日)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
【朝】 時間 体温	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃
【夜】 時間 体温	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃	: ℃
健康観察 (症状など)									

期間中に発熱・呼吸器症状・のどの痛み・倦怠感等の症状があり、再び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 又は抗原検査: _____ 実施なし 診断結果: _____

体調が回復し自宅療養期間を終了した、もしくは健康観察期間が終了したので登園いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名: _____