

利用再開届（保護者記入）

利用児氏名 _____

利用サービス ☐ マチネ（児童発達支援） ☐ ソワレ（放課後等デイサービス）

該当する病名の欄に✓をつけてください。

✓	病名	利用再開の目安
	溶連菌感染症	抗菌薬内服後 24 時間以上経過していること
	マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳が治まっていること
	手足口病	発熱がなく、普段の食事が食べられるようになっていること
	伝染性紅斑	発疹のみで全身状態が良いこと
	感染性胃腸炎	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事が食べられること
	ヘルパンギーナ	発熱がなく、普段の食事が食べられること
	带状疱疹	すべての発疹が痂皮化していること
	突発性発疹	熱が下がり、機嫌や全身状態が良いこと
	伝染性膿痂疹	治療を受け、改善傾向にあること
	その他 ()	医師の指示により

児童発達支援・放課後等デイサービス アケミナ 管理者 宛

令和 年 月 日 _____ 病院（医院）において
上記疾患の診断を受けました。

病状が利用再開の目安のとおり回復しましたので、

令和 年 月 日より利用を再開します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____