

＜保護者用＞

病状回復後の登園の際に、下記の登園届（太枠内）の提出をお願いいたします。
 （なお、登園のめやすは、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。）

登園届（保護者記入）		
とらまる保育園 園長殿		
入所児童名 _____		
病名 「 _____ 」 と診断され、		
_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 「 _____ 」		
（医療機関連絡先： _____ ）において病状が回復し、		
集団生活に支障がない状態と判断されましたので登園します。		
保護者名 _____		印又はサイン _____

保育所は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことはもちろん、子どもたちが一日快適に生活できることが大切です。

保育所入所児がよくかかる下記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけの医師の診断にしたがい、登園届の提出をお願いいたします。なお、保育所での集団生活に適應できる状態に回復してから登園するよう、ご配慮ください。

○ 医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が必要な感染症

病名	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（リンゴ病）	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、ロタ、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泄しているので注意が必要）	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泄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
RS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	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮化してから
突発性発しん		解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

<医師用>

※主治医様 下記太枠内を御記入願います。

登園許可証明書	
とらまる保育園 園長 殿	
入所児童氏名 _____	
病名 「 _____ 」	
_____年 _____月 _____日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので 登園可能と判断します。	
_____年 _____月 _____日	
医療機関名 _____	
医 師 名 _____	印又はサイン _____

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、子どもたちが一日快適に生活できるよう、下記の感染症について登園許可証明書の提出をお願いします。

感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育所生活が可能状態となつてからの登園となるようにご配慮ください。

○ 医師が記入した意見書が必要な感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
麻疹（はしか）	発症 1 日前から発しん出現後の 4 日後まで	解熱後 3 日を経過してから
インフルエンザ	症状が有る期間（発症前 24 時間から発病後 3 日程度までが最も感染力が強い）	発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日を経過するまで（ 幼児（乳幼児）にあっては、3 日を経過するまで ）
風しん	発しん出現の前 7 日から後 7 日間くらい	発しんが消失してから
水痘（水ぼうそう）	発しん出現 1～2 日前から痂皮形成まで	すべての発しんが痂皮化してから
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症 3 日前から耳下腺腫脹後 4 日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから 5 日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで
結核		医師により感染の恐れがないと認められるまで
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等症状が出現した数日間	主な症状が消え 2 日経過してから
流行性角結膜炎	充血、目やに等症状が出現した数日間	感染力が非常に強いいため結膜炎の症状が消失してから
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後 3 週間を経過するまで	特有の咳が消失するまで又は 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）		症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間をあけて連続 2 回の検便によって、いずれも菌陰性が確認されたもの
急性出血性結膜炎	ウイルスが呼吸器から 1～2 週間、便から数週間～数ヶ月排出される	医師により感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎		医師により感染の恐れがないと認めるまで

様式1 苦情申出書(事業者)

【 秘 】

苦情申出書

(申出人→事業者)

申出書作成日：平成 年 月 日

特定非営利活動法人とらまる保育園
様

下記のとおり貴事業所のサービスに関する苦情を申し出ます。

○苦情を持つ人(当事者)

(ふりがな) 氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所 (施設名)	〒	電話番号	— —
連絡先 住所	〒	電話番号	— —
苦情に係る事実のあった日	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
苦情のあるサービスの種類			
苦情の内容			

○この申出書を書いた人(申出人)

当事者と の関係	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. 兄弟 5. 子の配偶者 6. 他の家族 7. 知人 8. ケアマネージャー 9. 民生委員 10. その他 ()
-------------	---

本人以外の場合以下も記入してください。

(ふりがな) 氏名		電話番号	
住所	〒		
連絡先住所	〒		

受付日	受付担当者			解決責任者
申込人への確認	第三者委員への報告の要否	要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄〔 〕		
	話し合いへの第三者委員の助言、立会いの要否	要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄〔 〕		

様式 3

苦情受付報告書

(第三者委員→苦情申出人)

平成 年 月 日

(苦情申出人) 様

(第三者委員名) 印

苦情受付担当者から下記のとおり苦情受付(受付No.)についての報告がありましたことを通知いたします。

記

苦情の申出日	平成 年 月 日 ()	苦情申出人名	
苦情発生時期	平成 年 月 日	利用者との関係	本人、親、子、 その他 ()
苦情の内容			

様式 4

【 秘 】

話し合い結果記録書

(苦情受付担当者)

平成 年 月 日

〔記録者：苦情受付担当者氏名 _____ 〕

苦情申出者氏名： 〔利用者本人でない場合の代理人氏名： _____ 〕
苦情解決責任者氏名：
第三者委員氏名： 〔立会い無し〕
相談日：平成 年 月 日
【苦情申出の内容に関する苦情申出人の意見・希望】
【苦情申出の内容に関する苦情解決責任者の意見・対応案】
【苦情申出の内容に関する第三者委員の意見・解決方策案】
【改善を約束した内容】
【話し合いが不調となった原因・意見の相違点】
〔次回話し合いの日時：平成 年 月 日 () 時 分～〕

苦情申出者（代理人）氏名： _____ 〔印〕

苦情解決責任者氏名： _____ 〔印〕

第 三 者 委 員 氏 名 :

[印]

様式 5

(苦情解決責任者→苦情申出人、第三者委員)

苦情解決結果報告書

平成 年 月 日

(第三者委員)

(苦情申出人) 様

(苦情解決責任者名) 印

平成 年 月 日付けの苦情(受付No.)については、下記のとおり解決いたしましたので、報告いたします。

記

苦情内容	
解決結果	