

登園許可書

氏名 _____	男	女
生年月日 平成・令和	年	月
所属	園	組
(太枠内の内容を事前に記入してから医療機関へ持参してください)		

下記の疾患に

令和 年 月 日より罹患しましたが
 令和 年 月 日より登園して差し支えないことを証明します。

※当園では「第三種・その他の伝染病」についても医師による登園許可書の記載をお願いしております。

下記の疾患について該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	(抗菌薬の内服後 24～48 時間経過していること)
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎	(発熱や激しい咳が収まっていること)
<input type="checkbox"/>	手足口病	(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)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロ・ロタ・アデノウイルス等)	(嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	(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)
<input type="checkbox"/>	R S ウイルス感染症	(呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと)
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹	(すべての発疹が痂皮(かさぶた)化していること)
<input type="checkbox"/>	突発性発疹	(解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと)
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (リンゴ病)	(全身状態が良いこと)
<input type="checkbox"/>	ヒトメタニューモ ウイルス感染症	(咳などの症状が安定し、全身状態が良いこと)
<input type="checkbox"/>	その他の感染症	(診断名: _____)

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

園長	主任	看護師	担任

