

登園許可書(医師記入)

武の子保育園 園長宛

園児氏名

_____年 _____月 _____日生

該当疾患に○をお願いします

	感染症名	登園の目安
	インフルエンザ	発症後5日を経過し、かつ、解熱後3日を経過していること (発症した日、解熱した日の翌日を1日目とする)
	麻疹(はしか)	解熱後3日を経過していること (解熱した日の翌日を1日目とする)
	風疹	発疹が消失していること
	水痘(みずぼうそう)	全ての発疹が痂皮(かさぶた)化していること
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺・顎下腺・舌下腺の腫脹が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
	結核	医師により感染の恐れがないと認められていること
	咽頭結膜熱(プール熱)	発熱・充血等の主な症状消失した後2日経過していること
	流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失していること(眼科医の許可)
	百日咳	特有の咳が消失していること、または適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること
	腸管出血性大腸菌感染症 (O-157・O-26・O-111等)	菌が陰性と確認され、医師により感染の恐れがないと認められていること
	急性出血性結膜炎	医師により感染の恐れがないと認められていること(眼科医の許可)
	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)	医師により感染の恐れがないと認められていること

* 上記以外にも登園許可書が必要な場合があります。その場合は個別にお知らせします。

病状が回復し、集団生活に支障がない状態になりました。
_____年 _____月 _____日より登園可能と判断します。

_____年 _____月 _____日

医療機関名

医師名

自書でない場合は押印をお願いします。