

登園許可証明書

■園名 _____ ■クラス名 _____

■園児氏名 _____ ■生年月日 R/H 年 月 日

(この枠内は保護者の方がご記入ください。)

上記の者は、下記の疾患により加療中でしたが回復し、感染のおそれがない、または少ないと認め、
年 月 日から登園が可能であることを証明します。

年 月 日 医療機関： _____
医師氏名： _____ 印

【該当疾患に☑をお願いします】

該当疾患	病 名	登 園 の め や す
	百日咳	特有の咳が消失していること又は5日間の適正な抗菌薬による治療が終了していること
	麻疹（はしか）	解熱後3日を経過していること
	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日を経過し、かつ全身状態が良好になっていること
	風しん	発しんが消失していること
	水痘（水ぼうそう）	すべての発しんが痂皮（かさぶた）化していること
	咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等の主な症状が消えた後2日経過していること
	結核	医師により感染のおそれがないと認められていること
	腸管出血性大腸菌感染症（0157, 026, 0111 等）	医師により感染のおそれがないと認められていること
	流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失していること
	急性出血性結膜炎	医師により感染のおそれがないと認められていること
	侵襲性髄膜炎菌感染症（膜炎菌性髄膜炎）	医師により感染のおそれがないと認められていること
	その他の感染症（ _____ ）	医師により感染のおそれがないと認められていること

※かかりつけ医の皆さまへ

幼稚園・保育園等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、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について登園許可証明書の記入をお願いします。また、上記以外の感染症につきましては「罹患証明書」の発行をお願いします。

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「登園許可証明書」を在籍する園に提出して下さい