

登園許可書

油面ちとせ保育園 園長 宛

児童氏名 _____

_____ 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
	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）
	インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日経過していること（発症した日、解熱した日の翌日を1日目とする）
	風しん	発疹が消失していること
	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過すること *無症状の感染者の場合は、検体採取日を0日として、5日を経過すること
	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、充血等の主な症状が消失した後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。

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日から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。