

登園許可書 I (医師記入)

園児氏名 _____

該当疾患に☑をお願いします。

病 名	登 園 の 目 安
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	解熱後3日経過していること
<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A ・ B ・ 新)	発症した後5日経過し、かつ解熱した後3日経過していること
<input type="checkbox"/> 風しん	発しんが消失していること
<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	すべての発しんが痂皮(かさぶた)化していること
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	感染力が非常に強いいため結膜炎の症状が消失していること
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失していること また適正な抗菌薬による5日間の治療が終了していること
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等)	医師により感染の恐れがないと認められていること 無症状の場合、2回以上連続で便から菌が検出されなくなり、全身状態が良好であること
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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

上記の感染症において、症状が回復し、集団生活に支障がない状態になったので
年 月 日から登園許可と判断します。

【登園後の注意事項】

年 月 日

医療機関名

医師名

印

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、お子様の症状が回復し、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、この許可書(医師の署名押印のあるもの)を保育園に提出してください。