

登 園 許 可 書

※保護者記入欄

認定こども園 三田さち幼稚園

園児名		(男・女)	年	月	日	歳
-----	--	-------	---	---	---	---

※診察医記入欄 (該当にチェックをお願いします。)

第1種感染症	<input type="checkbox"/> () [治癒]
第2種感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型) [発症後5日経過かつ解熱後3日経過] <input type="checkbox"/> 麻しん [解熱後3日経過] <input type="checkbox"/> 水痘 [すべての発疹の痂皮化] <input type="checkbox"/> 風しん [発疹消失] <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 [主要症状消褪後2日経過] <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 [耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹出現後5日経過かつ全身状態が良好になるまで] <input type="checkbox"/> 百日咳 [特有の咳消失または5日間の適正な抗生物質製剤による治療が終了するまで] <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 [感染のおそれなし] <input type="checkbox"/> 結核 [感染のおそれなし] <input type="checkbox"/> その他 ()
第3種感染症	[感染のおそれなしと判断された場合] <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性結膜炎 <input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> その他 ()
第3種 その他の感染症 <small>※出席停止の措置が必要な可能性のある疾患</small>	[症状が改善された場合] <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅班 (りんご病) <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 (とびひ) <input type="checkbox"/> その他 ()

上記の感染症に____月____日より罹患したため、学校保健安全法施行規則にもとづき療養を指示しておりましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、
____月____日以降の登園が可能であると判断しました。

登園後の
注意事項

年 月 日

医療機関名

診察医師名