FSCDCM_042

登園許可証明書

利用施設名　　　　　　　　　　　　　　クラス名

園児名　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　20　　　年　　　月　　　日生

※ この枠内は受診前に保護者の方がご記入ください

※　これより下は医療機関にて記入・作成をお願いいたします（保護者の方が記入するものではありません）

	該当に○	病症名	登園停止期間
第二種伝染病		インフルエンザＡ型	発症後５日を経過し、かつ解熱した後２日（乳幼児は３日）を経過するまで
		インフルエンザＢ型	
		インフルエンザＣ型	
		麻疹（はしか）	解熱した後３日を経過するまで
		百日咳	特有の咳が消失するまで、または５日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
		流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が開始後５日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
		風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
		水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退したあと２日を経過するまで
		結核	感染のおそれがなくなるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	
第三種伝染病		腸管出血性大腸菌感染症（Ｏ１５７など）	感染のおそれがなくなるまで
		コレラ	
		細菌性赤痢	
		腸チフス	
		パラチフス	
		流行性角結膜炎（はやり目）	
		急性出血性結膜炎	

上記疾患による感染のおそれがない、または少ないと認め登園が可能であると証明する。

発症日：20　　　年　　　月　　　日　　　　登園可能日：20　　　年　　　月　　　日

医療機関

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※※※

※下の感染症については、医師より登園可能であるとの診断を受けた後に登園してください。

	ヘルパンギーナ		溶連菌感染症		手足口病		伝染性紅斑（りんご病）
	マイコプラズマ感染症		流行性嘔吐下痢症		ウイルス性肝炎		

診断日：20　　　年　　　月　　　日　　　　保護者署名