

## 専門医 様

現在、かかっている病気が治癒または軽快し、他の園児への感染のおそれなくなりましたら、お手数でも保護者に「登園してよい」旨を指導し、下記の「登園許可証」に記入をお願いします。

## 登 園 許 可 証

## 保護者記入欄

認定こども園	つくし幼稚園	組	氏名
--------	--------	---	----

下記の感染症に罹患しましたが、本日の診察では集団保育に支障がないと認められますので、下記の期日より登園して差し支えありません。

病名(主治医記入欄・・・・・該当に○をお願いします。)

第 1 種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エボラ出血熱</li> <li>・ 南米出血熱</li> <li>・ 急性灰白髄炎</li> <li>・ 中東呼吸器症候群(MERS)</li> <li>その他新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ クリミア</li> <li>・ ペスト</li> <li>・ ジフテリア</li> <li>・ 特定鳥インフルエンザ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コンゴ出血熱</li> <li>・ マールブルグ病</li> <li>・ 重症急性呼吸器症候群(SARS)</li> <li>・ 特定鳥インフルエンザ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 痘そう</li> <li>・ ラッサ熱</li> </ul>
第 2 種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）</li> <li>・ 百日咳</li> <li>・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）</li> <li>・ 水痘（水ぼうそう）</li> <li>・ 結核</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 麻しん（はしか）</li> <li>・ 風しん（三日はしか）</li> <li>・ 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）</li> <li>・ 髄膜炎菌性髄膜炎</li> </ul>		
第 3 種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 腸管出血性大腸菌感染症（O-157、O-111、O-26 など）</li> <li>・ 細菌性赤痢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 流行性角結膜炎（はやり目）</li> <li>・ 腸チフス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急性出血性結膜炎</li> <li>・ コレラ</li> <li>・ パラチフス</li> </ul>	

第 3 種 その他	<p>☆これらの病気にかかり、症状が重い場合や、そのときの発生状況や流行の大きさによって登園停止が望ましい場合は、保護者に説明のうえ記入をお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 溶連菌感染症</li> <li>・ ヘルパンギーナ</li> <li>・ アタマジラミ</li> <li>・ その他（</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マイコプラズマ感染症</li> <li>・ 手足口病</li> <li>・ RSウイルス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 伝染性紅斑（りんご病）</li> <li>・ とびひ（伝染性膿痂疹）</li> <li>・ 感染性胃腸炎（ノロ・ロタなど）</li> </ul>
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

登園してもよいと認められる年月日【平成 年 月 日から】

登園後の注意事項：

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印