

登園許可書（医師記入）

保育園 園長宛

児童氏名

年 月 日生

該当疾患に【○】の記入をお願いします。

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）
風しん	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）
水痘（みずぼうそう）	発疹が消失していること
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。