

登園許可書

学校法人川上学園 大沢幼稚園 園児名 _____

下記疾患に関し、令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日をもって幼稚園に登園し、集団活動ができる事を証明します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
証 明 者

印

病名（主治医記入欄） ※病名に✓（レ点）をお願いします。

<input checked="" type="checkbox"/>	病名	登園のめやす
<input checked="" type="checkbox"/>	インフルエンザ	発症した後 5 日、かつ解熱した後 3 日を経過するまで (解熱を確認した日をゼロとし翌日を 1 日目と数える)
<input checked="" type="checkbox"/>	百日咳	特有の咳が消失するまで。又、5 日間の適正な抗菌 治療が終了するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	麻疹	発疹に伴う発熱が解熱した後 3 日を経過するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下線又は、舌下線の腫脹が始まった後 5 日以上 経過し、かつ全身の状態が良好であること。
<input checked="" type="checkbox"/>	風疹	紅斑性の発疹が消失するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	結核	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	手足口病	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	溶連菌感染症	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹（とびひ）	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	流行性嘔吐下痢症（ウイルス性胃腸炎）	病状により伝染の恐れがないと認められるまで。
<input checked="" type="checkbox"/>	その他（病名： _____ ）	