

登園許可証明書

下記の園児についての疾病が治癒し、他児への感染の恐れはなく、保育園生活に支障ありませんので 年 月 日より登園を許可します。

園児氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

疾病(疑いも含む)名 ※□にチェックをして下さい。

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) | <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) |
| <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(リンゴ病) |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎(はやり目) | | <input type="checkbox"/> RSウイルス |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(嘔吐下痢症) | <input type="checkbox"/> ノロウイルス | <input type="checkbox"/> ロタウイルス |
| <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) | | |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A ・ B 型) | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス | |
| <input type="checkbox"/> その他の感染症(病名: | | |

上記の通り証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名 _____ 印

登園許可証明書

下記の園児についての疾病が治癒し、他児への感染の恐れはなく、保育園生活に支障ありませんので 年 月 日より登園を許可します。

園児氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

疾病(疑いも含む)名

※□にチェックをして下さい。

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) | <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) |
| <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(リンゴ病) |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎(はやり目) | | <input type="checkbox"/> RSウイルス |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(嘔吐下痢症) | <input type="checkbox"/> ノロウイルス | <input type="checkbox"/> ロタウイルス |
| <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) | | |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A ・ B 型) | | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス |
| <input type="checkbox"/> その他の感染症(病名: | | |

上記の通り証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名 _____ 印