

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、こども園生活に支障はありませんので 年 月 日より登園を許可します。

園児名 _____ 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"/> その他の感染症 (病名 : _____) |
| <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (リンゴ病) |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 (プール熱) |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> R S ウイルス |
| <input type="checkbox"/> アデノウイルス | |
| <input type="checkbox"/> 流行性角膜炎 (はやり目) | |
| <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"/> 風疹 (三日ばしか) | |
| <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | |
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | |
| <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | |

上記の通り証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名 _____

印