

## 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 \_\_\_\_\_