

登園許可証明書

東高殿幼稚園

園児名 _____

【病名（学校感染症）】 ※該当する□に✓を付けてください。その他の感染症の場合は記入してください。

第2種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	(その他の感染症) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> アタマジラミ <input type="checkbox"/> 伝染性軟属腫（水いぼ） <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ）
その他	(_____)	

出席停止期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の者は、感染する恐れがなくなりましたので、登園しても支障がないことを認めます。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ ㊟