

登園許可書

学校法人福寿学園
おひさまこども園



園児名	(男・女)	年	月	日生	歳
-----	-------	---	---	----	---

※ 診察医記入 (該当欄にチェックをお願いします)

第1種感染症	<input type="checkbox"/> () [治癒]
第2種感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型・その他) [発症後5日経過かつ解熱後3日経過] <input type="checkbox"/> 麻疹 [解熱後3日経過] <input type="checkbox"/> 水痘 [すべての発疹の痂皮化] <input type="checkbox"/> 風疹 [発疹消失] <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 [主要症消褪後2日経過] <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 [耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹出現後5日経過かつ全身状態が良好になるまで] <input type="checkbox"/> 百日咳 [特有の咳消失または5日間の適正な抗生物質製剤による治療が終了するまで] <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 [感染のおそれなし] <input type="checkbox"/> 結核 [感染のおそれなし] <input type="checkbox"/> その他 ()
第3種感染症	[感染のおそれなしと判断された場合] <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性結膜炎 <input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> その他 ()
その他の伝染病	[条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる伝染病] <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <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"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> その他 ()
園規則より	[切除した場合] <input type="checkbox"/> 伝染性軟属腫(水いぼ) <input type="checkbox"/> アタマジラミ

上記の感染症に 年 月 日より疾患したため、学校保健安全法施行規則にもとづき療養を指示しておりましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、
年 月 日以降の登園が可能であると判断しました。

登園後の
注意事項

()

平成 年 月 日

医療機関名

診察医名

