

登園許可証

※お医者様にご記入ください

氏 名 _____ 年 齢 _____

上記の者、 _____ のため自宅療養していましたが、
治癒したことを認めます。

■ 発症したと思われる日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
■ 登園することを認めた日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 _____ 月 _____ 日
病院名 _____

医師名 _____ 印 _____

医師のサインが必要な感染症

(1) 麻しか(はしか) (2) インフルエンザ (3) 風しん (4) 水痘(水ぼうそう) (5) 流行性耳
下腺炎(おたふくかぜ・ムンプス) (6) 結核 (7) 咽頭結膜熱(プール熱) (8) 流行性角結膜
炎 (9) 百日咳 (10) 腸管出血性大腸菌感染症(O157、O26、O111 等) (11) 急性出血性結
膜炎 (12) 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎) (13) コロナウイルス