

## 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