

登園許可証

※ご記入は保護者の方をお願いします。

氏 名 _____ 年 齢 _____

上記の者、 _____ のため自宅療養していましたが、
医師より登園の許可がおりましたため、ご報告いたします。

■ 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

■ 許可がおりた病院名 _____

年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____

保護者のサインが必要な感染症

- (1) 溶連菌感染症 (2) マイコプラズマ肺炎 (3) 手足口病 (4) 伝染性紅斑 (りんご病)
(5) 胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
(6) ヘルパンギーナ (7) R S ウイルス感染症 (8) 帯状疱疹 (9) 突発性発疹
(10) アタマジラミ症 (11) 疥癬 (12) 伝染性軟属腫 (水いぼ)
(13) 伝染性膿痂疹 (とびひ) (14) B型肺炎