

登園許可証明書

日本女子体育大学附属保育園 宛

園児氏名 _____
_____ 年 _____ 月 _____ 日生

(病名)

(該当疾患にをお願いします)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、 アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	带状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹 (とびひ)

<input type="checkbox"/>	麻しん (はしか) ※
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ※
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘 (水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱 (プール熱)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O-157, O26, O111等)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

(医療機関) _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日受診) において
病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、 _____ 年 _____ 月 _____ 日
より登園いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

※必ずしも治癒の確認は必要ありません。 医師の指示に従ってください。

保護者の皆さまへ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園の目安を参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園許可証明書の記入及び提出をお願いします。