

登園許可証（医師記入）

鶴見乳幼児福祉センター保育園 園長宛

児童氏名

年 月 日生

該当疾患に ○ をお願いします

	感染症名	登園の目安(症状)
	麻疹（はしか）	解熱後3日を経過していること（解熱した日の翌日を1日目とする）
	インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日経過していること（発症した日、解熱した日の翌日を1日目とする）
	風しん	発疹が消失していること
	水痘（みずぼうそう）	全ての発疹が痂皮（かさぶた）化していること
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下線、舌下線の腫脹が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
	結核	医師により感染の恐れがないことを認められていること
	咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等の主な症状が消失した後2日経過していること
	流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失していること（眼科医の許可）
	百日咳	特有の咳が消失していること、または適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること
	腸管出血性大腸菌感染症 （O-157、O-26、O111等）	菌が陰性と確認され、医師により感染の恐れがないとみとめられていること
	急性出血性結膜炎	医師により感染の恐れがないと認められていること （眼科医の許可）
	進襲性髄膜炎菌感染症 （髄膜炎菌性髄膜炎）	医師により感染の恐れがないと認められていること

*上記以外にも登園許可証が必要な場合があります。その場合は個別にお知らせします。

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

自書でない場合は押印をお願いします