

登園許可証

幼保連携型認定こども園
矢の口幼稚園

組 園児名 _____

下記の疾患で _____ 年 _____ 月 _____ 日から治療中のところ、現在軽快し他児への感染のおそれはないと思われますので、 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登園してよいことを証明します。

記

| 該当疾患 | 疾患名 | 出席停止期間の基準（学校保健法施行令および施行細則による） ※以下の基準に基づき、医師が判断する。 |
|------|-----------------------------|--|
| | 麻疹（はしか） | 解熱後3日を経過するまで |
| | 風疹 | 発疹が消失するまで |
| | 水痘（みずぼうそう） | すべての発疹がかさぶたになるまで |
| | 流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ） | 耳下腺、顎下腺または舌下腺の膨脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで |
| | 百日咳 | 特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで |
| | 咽頭結膜熱（プール熱） | 主要症状が消えて2日経過するまで |
| | A型肝炎ウイルス感染症 | 主要症状が消えて2日経過するまで |
| | 流行性角結膜炎（はやり目） | 症状が消えるまで |
| | 腸管出血性大腸菌感染症 （O157. O111） | 医師より感染の恐れがないと認められること |
| | 結核 | 医師より感染の恐れがないと認められること |
| | 急性出血性結膜炎 | 医師より感染の恐れがないと認められること |
| | 侵襲性髄膜炎菌感染症 | 医師より感染の恐れがないと認められること |

※生活での注意事項

(_____)

年 月 日

医療機関名

医師名

印又はサイン