

登園許可証明書

みどり認定こども園 園長 様

(保護者記入)

組 氏名

1 病名を記入または、○で囲んでください。

※インフルエンザに罹患した場合には「インフルエンザ罹患証明書」の発行をお願いいたします。

種	○印	感染症名	出席停止期間の基準
第一種		()	治癒するまで
第二種		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癒が終了するまで
		麻疹	解熱した後3日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
		風疹	発疹が消失するまで
		水痘	すべての発疹が痂皮(かさぶた)化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
		結核、髄膜炎菌性髄膜炎	症状により医師において感染のおそれがないと認めるまで
第三種		溶連菌感染症	症状により医師において感染のおそれがないと認めるまで
		マイコプラズマ肺炎	
		手足口病	
		伝染性紅斑(りんご病)	
		ウイルス性胃腸炎	
		ヘルパンギーナ	
		RSウイルス感染症	
		ヒトメタニューモウイルス感染症	
		伝染性膿痂疹(とびひ)	
		伝染性軟属腫(水いぼ)	
		アタマジラミ症	
	()		

2 停止期間 月 日 から 月 日 まで

上記の者の病気は感染する恐れがなくなりましたので、登園しても差し支えないものと認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印