

主治医様

平素は、幼稚園の子どもたちの健康、安全にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記の児童の疾患について、下記の欄に記入の上保護者にお渡しくださいますよう、よろしくお願い致します。

## 登園許可証明書

認定こども園 二葉幼稚園

組 氏名

※クラス名、氏名は保護者の方でご記入下さい。

☆ 疾病の為の出席停止期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

☆ 下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第19条及び2018年改定版保育所における感染症対策ガイドラインにもとづき、療養を指示していましたが、伝染の恐れが極めて少なくなっ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 日以降の登園が可能である。

### 【疾病名】

- |                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 麻疹   | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)          | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症                    |
| <input type="checkbox"/> 風疹   | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎              | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症                       |
| <input type="checkbox"/> 結核   | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎              | <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型・不明)            |
| <input type="checkbox"/> 百日咳  | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎             | <input type="checkbox"/> 腸管性出血性大腸菌感染症(O157・O26・O111等) |
| <input type="checkbox"/> 水痘   | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症           | <input type="checkbox"/> ウィルス性(感染性)胃腸炎(ノロ・ロタ)         |
| <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 | <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎) |   |
| <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 | <input type="checkbox"/> その他(A型・B型肝炎等)【病名     | 】   |

### 【その他注意事項】

令和 年 月 日 医療機関名

医師氏名

印