

登園許可書

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記の疾病は（ 治癒・主要症状が消退 ）し
感染症の予防上支障がないと認めたので登園可能と判断します。

- | | |
|-----------------------|----------------|
| ・麻疹（はしか） | ・風疹 |
| ・水痘（水ぼうそう） | ・百日咳 |
| ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | |
| ・インフルエンザ A・B | ・結核 |
| ・咽頭結膜炎（プール熱） | ・流行性角結膜炎（はやり目） |
| ・腸管出血性大腸菌感染症（O-157など） | |
| ・その他（ _____ ） | |

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園可能

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名 _____ 印 _____