登園許可書

株式会社グリーンケア 子どもの家

園児名		男・女	H・R　　年　　月　　日生	歳

※ 診察医記入（該当欄にチェックをお願いします）

第１種感染症	□ （　　）［治癒］
第２種感染症	□ インフルエンザ（ A 型・ B 型・その他）［発症後 5 日経過かつ解熱後 3 日経過］ □ 麻疹 ［解熱後 3 日経過］　□水 痘 ［すべての発疹痂皮化］ □ 風疹 ［発疹消失］　□咽頭結膜炎［主要症消褪後 2 日経過］ □ 流行性耳下腺炎［耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹出現後 5 日経過かつ全身状態が良好になるまで］ □ 百日咳 ［特有の咳消失または 5 日間の適正な抗生物質製剤による治療が終了するまで］ □ 髄膜炎菌性髄膜炎［感染のおそれなし］　□結核［感染のおそれなし］ □ その他 （　　）
第３種感染症	［感染のおそれなしと判断された場合］ □腸管出血性大菌感染症　□急性出血結膜炎 □流行性結膜炎　□コレラ　□細菌性赤痢 □腸チフス　□パラチフス　□その他（　　）
第４種感染症	［症状が改善された場合］ □溶連菌感染症　□感染症胃腸炎　□手足口病 □ヘルパンギーナ　□マイコプラズ感染症　□RS ウイルス感染症 □伝染性紅斑（りんご病 ）　□伝染性膿痂疹（とびひ ） □その他（　　）
その他	［切除した場合］ □伝染性軟属腫（水いぼ）　□アタマジラミ

上記の感染症に＿＿年＿＿月＿＿日より疾患しため、療養を指示しておりましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので＿＿年＿＿月＿＿日以降の登園が可能であると判断しました。

登園後の注意事項

（　　）

令和　　年　　月　　日

医療機関名

診察医名　　㊞