

感染症による登園停止のお知らせ

下記の疾病、またはその疑いがある場合は、他園児への感染を防ぐため登園停止となりますので、ご理解とご協力を
よろしく申し上げます。完治しましたら、当用紙の下記証明欄に医師の証明印を頂き、提出してください。

○印	疾病名	登園停止の期間
	麻疹（はしか）	解熱後3日を経過してから
	風疹（3日はしか）	発疹が消失してから
	水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化してから
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、 かつ全身状態が良好になるまで
	結核	医師により感染の恐れがないと認めるまで
	流行性角結膜炎（はやり目）	感染力が非常に強いいため結膜炎の症状が消失してから
	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 る治療を終了するまで
	その他	医師により感染の恐れがないと認めるまで

登園許可証明

登川みらい保育園園長殿 _____ 組 _____ 園児名 _____

病名「 _____ 」

停止期間： _____ 月 _____ 日 _____ ～ _____ 月 _____ 日まで

上記の病状は治癒し、集団生活に支障がない状態と判断しましたので登園を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____