

登園許可書 (疾患に応じて1又は2へ記入されたものを登園時に提出して下さい)



学校法人福寿学園

1. 医師の意見書

園児名	(男・女)	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	<input type="checkbox"/> () [治癒]
第2種感染症	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型・その他) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 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] <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等) <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他の伝染病	条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる伝染病] <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
園規則より	<input type="checkbox"/> 伝染性軟属腫 (水いぼ) 切除・治療中【治療内容 _____】 (伝染性軟属腫は園規則により切除していない場合や切除後医師より許可されていない場合にはプールや沐浴・清拭は行えません。) <input type="checkbox"/> アタマジラミ症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 (とびひ)

※かかりつけ医の皆さまへ

こども園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症についての意見書の記入をお願いします。

上記の感染症に 年 月 日より罹患したため、学校保健安全法施行規則にもとづき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 ()

年 月 日

医療機関名

診察医名



2. 登園届

園規則より	<input type="checkbox"/> 伝染性軟属腫 (水いぼ) 切除・治療中【治療内容 _____】 (伝染性軟属腫は園規則により切除していない場合や切除後医師より許可されていない場合にはプールや沐浴・清拭は行えません。) <input type="checkbox"/> アタマジラミ症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 (とびひ)
-------	--

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと診断され、登園を再開する際には、この「意見書」を園に提出して下さい。

その他の伝染病において診断後に医師から再診の必要なく登園許可が出た場合には、登園届の使用も可です。

(医療機関名) _____ (年 月 日受診) において (病名) _____ の病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので 年 月 日より登園いたします。

年 月 日

保護者名 _____