

登園許可書

令和 年 月 日

パレットこども園 園長 殿

医療機関名

医師名

印

*園児名

(*印記入の上受診してください)

この園児は、治療が完了したので、登園しても予防上の支障や他の園児への感染のおそれのないことを証明します。

登園停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※ 登園停止開始日が、特定できない場合は、空欄でも可

【感染症名】 ※該当の病名を○で囲んでください。

インフルエンザ (A・B) ・ 麻疹・流行性耳下腺炎 ・ 風疹
水痘 ・ 咽頭結膜熱 (アデノウイルス) ・ 溶連菌感染症
手足口病 ・ マイコプラズマ肺炎 ・ 伝染性紅斑 (リンゴ病)
ヘルパンギーナ ・ RSウイルス ・ ヒトメタニューモウイルス
流行性嘔吐下痢症 (ノロ・ロタ等) ・ 帯状疱疹 ・ 突発性発疹
その他の感染症 ()

※その他の感染症とは、症状によって園医、その他の医師において登園の許可を判断する感染症を記入する。