

# 登園許可書

大府西こどもの城保育園長殿

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、登園しても予防上の支障や他の園児への伝染のおそれのないことを証明します。

下記の疾患で平成 年 月 日から治療しました。

平成 年 月 日から登園を許可します。

病名(該当する病名に○印をつけてください)

インフルエンザA・B

麻疹(はしか)

水痘(みずぼうそう)

風疹(三日ばしか)

流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)

百日咳

溶連菌感染症

急性出血性結膜炎

乳児嘔吐下痢症

流行性角結膜炎(はやり目)

感染性胃腸炎

ウイルス性肝炎

咽頭結膜熱(プール熱)

急性灰白髄炎(ポリオ)

ヘルパンギーナ(夏かぜ)

マイコプラズマ肺炎

その他( )