

登 園 許 可 書

園 児 名		男・女
生年月日		歳
保育園名	粉 浜 学 園	
上記事項は、保護者が記入してください。		
第1種伝染病	()	
第2種伝染病	<input type="checkbox"/> (A型・B型) インフルエンザ(解熱後3日経過) <input type="checkbox"/> 麻 疹(解熱後3日経過) <input type="checkbox"/> 水 痘 <input type="checkbox"/> 風疹(発疹消失) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(耳下腺の腫脹消失) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(主要症状消褪後2日経過) <input type="checkbox"/> 腫脹消失) <input type="checkbox"/> 百日咳(特有の咳消失) <input type="checkbox"/> 結 核(伝染のおそれなし)	
第3種伝染病	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 <input type="checkbox"/> その他()	
上記疾患に罹患したため、学校保健法施行規則第20号に基づき 月 日から 月 日までの療養を指示していましたが、 診察所見から伝染のおそれがなくなり、 月 日以降の登園 が可能であると認めました。		
その他の意見 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div>		
医療機関名		
診 察 医 師 ㊞		

登 園 許 可 書

園 児 名		男・女
生年月日		歳
保育園名	粉 浜 学 園	
上記事項は、保護者が記入してください。		
第1種伝染病	()	
第2種伝染病	<input type="checkbox"/> (A型・B型) インフルエンザ(解熱後3日経過) <input type="checkbox"/> 麻 疹(解熱後3日経過) <input type="checkbox"/> 水 痘 <input type="checkbox"/> 風疹(発疹消失) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(耳下腺の腫脹消失) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(主要症状消褪後2日経過) <input type="checkbox"/> 腫脹消失) <input type="checkbox"/> 百日咳(特有の咳消失) <input type="checkbox"/> 結 核(伝染のおそれなし)	
第3種伝染病	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 <input type="checkbox"/> その他()	
上記疾患に罹患したため、学校保健法施行規則第20号に基づき 月 日から 月 日までの療養を指示していましたが、 診察所見から伝染のおそれがなくなり、 月 日以降の登園 が可能であると認めました。		
その他の意見 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div>		
医療機関名		
診 察 医 師 ㊞		