

登園許可証明書

保育園名 さがみ・ふたば愛子園

園児名

初診日 平成 年 月 日

病名 (該当疾患に○印をお願いいたします)

| | | |
|---------------------|--|----------------------------|
| インフルエンザ | | 流行性角結膜炎(はやり目) |
| 百日咳 | | 急性出血性結膜炎 |
| 麻疹(はしか) | | 感染性胃腸炎 (ウイルス性・細菌性・寄生虫等) |
| 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | マイコプラズマ肺炎 |
| 風疹 | | RSウイルス感染症 |
| 水痘(みずぼうそう) | | 伝染性紅斑(リンゴ病) |
| 咽頭結膜熱(プール熱) | | 溶連菌感染症 |
| 結核 | | 手足口病 |
| 腸管出血性大腸菌感染症(O-157等) | | ヘルパンギーナ |
| 帯状疱疹(ヘルペス) | | 伝染性膿痂疹(とびひ) |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 | | その他() |

他児への感染のおそれはないと判断したので、平成 年 月 日より登園をしてよいことを証明します。

証明日 平成 年 月 日

医療機関名

医師名

* ご診察下さいました先生、宜しくお願いいたします。