

登園許可書

児童名 _____

____月 ____日より登園を許可します

備考

年 ____月 ____日

医療機関名

医 師 名

(印)

* 診断名に○をお願いします。

病名	登園のめやす	病名	登園のめやす
インフルエンザ	発症した後5日間を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで	流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失してから
百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで	急性出血性結膜炎	医師が感染の恐れがないと判断してから
麻疹 (はしか)	解熱した後3日を経過するまで	溶連菌感染症	解熱し抗菌剤内服後1日を経過していること
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過しかつ全身状態が良好になるまで	マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳がおさまっていること
風疹 (三日はしか)	発しんが消失するまで	ウイルス性肝炎	肝機能が正常であること
水痘 (水ぼうそう) 帯状疱疹	すべての発しんが痂皮化するまで	感染性胃腸炎 ノロウイルス ロタウイルス アデノウイルス等	嘔吐下痢等の症状が治まり普通の食事が摂れること
咽頭結膜熱 (プール熱)	主な症状が消失して2日を経過するまで	細気管支炎 (RSウイルス感染症等)	重篤な呼吸器症状が消失し全身状態が良いこと
結核	感染の恐れがなくなったと認められるまで	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により、医師が感染の恐れがないと認めるまで
腸管出血性大腸菌感染症 (O-157等)	医師が感染の恐れがないと判断してから	その他	

上記の児童について登園許可をお願いいたします。

西葛西二丁目保育園