

# 罹患・治癒証明（登園許可）書

《 氏名 》 \_\_\_\_\_

《 生年月日 》 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 《 年齢 》 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

《 所属 》 \_\_\_\_\_ 保育園 \_\_\_\_\_ 組

※この枠内は保護者が記入してください

下記疾患を

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に発症しましたが

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園して差し支えないことを証明します

疾患名(該当する疾患名に  を入れて下さい)

【 感染症 第二種 】 医師による記載が必要

- 百日咳 (特有の咳が取れるまで又は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)
- 麻疹 (解熱後3日を経過するまで)
- 流行性耳下腺炎 (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)
- 風疹 (発疹が消失するまで)
- 水痘 (すべての発疹がかさぶたになるまで)
- 咽頭結膜熱 (主要症状が消退した後、2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いること)
- 結核 (園医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで)
- 髄膜炎菌性髄膜炎 (園医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで)

【 感染症 第三種 その他の感染症 】 医師の診断を受け、保護者が記入

- 溶連菌感染症     RS ウイルス感染症     突発性発疹     ヘルパンギーナ
- 手足口病     伝染性膿痂疹(とびひ)     伝染性軟属腫(水いぼ)     伝染性紅斑(リンゴ病)
- 感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルス等含む細菌性胃腸炎)
- その他( \_\_\_\_\_ )

※インフルエンザ

新型コロナウイルス感染症

※立川市専用の様式あり、医師の診断を受け保護者が記入

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医師名

