

# 登園許可書

聖マリアン保育園園長 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印

園児名 \_\_\_\_\_

令和

年

月

日

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。

令和 年 月 日からの登園を許可します。

病名（該当の病名に「レ」をつけてください。）

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）         | <input type="checkbox"/> 風疹          |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ         | <input type="checkbox"/> 百日咳         |
| <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）      | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎（ポリオ） |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎        | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎     |
| <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症          | <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎     |
| <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症        | <input type="checkbox"/> 手足口病        |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎       | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ     |
| <input type="checkbox"/> アタマジラミ          | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） |
| <input type="checkbox"/> 伝染性軟疣腫（水いぼ）     | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） |
| <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]   |                                      |

（お医者様へ）

お手数ですが、保育園生活で注意することがありましたら、ご指導くださいますようお願い致します。