

〈医師用〉

※主治医様 下記の太枠内を御記入願います

<b>登園許可証</b>	
湘南幼児学園 園長殿	
入所園児氏名 _____	
病名「 _____ 」	
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日より病状も回復し、集団生活に支障のない状態になった為、 登園可能と判断します。	
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
医療機関名 _____	
医師名 _____	印またはサイン _____

幼稚園は、子どもが集団で長時間共にする場です。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、子どもたちが快適に一日を過ごすことができるよう、下記の感染症には登園許可証の提出をお願いいたします。  
感染力のある期間に配慮し、子どもの健康状態が**集団生活に支障のない状態**になってからの登園となりますようご配慮お願いいたします。

疾患名	出席停止期間
インフルエンザ(様疾患)	発症日を除き5日を経過し且つ、解熱した日を除き3日を経過している事
百日咳	特有の咳が消失するまで
はしか(麻疹)	解熱後3日経過するまで
小児麻痺(ポリオ)	急性期の主要症状が消退するまで
ウイルス性肝炎	主要症状が消退するまで
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	耳下腺の腫れが消失するまで
三日ばしか(風疹)	発疹が消失するまで
水ぼうそう(水痘)	すべての発疹がかさぶたになるまで
プール熱(咽頭結膜炎)	主要症状が消退した後2日経過するまで
流行性結膜炎	治癒するまで
急性出血性結膜炎	治癒するまで
溶連菌感染症	有効治療を始めて2～3日経過後
乳児嘔吐下痢症(ロタウイルスによるもの)	主要症状が消退し、医師が認めたとき
感染症胃腸炎(ノロウイルスによるもの)	主要症状が消退し、医師が認めたとき
マイコプラズマ肺(うつる肺炎)	主要症状が消退し、医師が認めたとき
ヘルペス性歯肉口内炎	主要症状が消退し、医師が認めたとき