

〈医師用〉

※主治医様 下記の太枠内を御記入願います

登園許可証	
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 _____

保育所は、乳幼児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をお願いいたします。

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
結核	医師より感染の恐れがないと認められていること
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
流行性角結膜炎	治癒するまで
急性出血性結膜炎	治癒するまで
腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111 等)	医師より感染の恐れがないと認められていること
侵襲性髄膜炎菌感染症	医師より感染の恐れがないと認められていること