

## 登園許可証のお願い

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、園児の登園の可否につきまして、担当医師のご助言を頂いております。

担当医の先生におかれましては、大変お忙しいこととは存じますが、下記の感染症について登園許可証のご記入を頂きますようお願い申し上げます。

千波保育園園長 潮田 知子

住 所 水戸市千波町 2831-19

電話番号 029-241-7347

園 児 名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より登園可能と判断します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、お子様の病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「登園許可証」を園に提出して下さい。