

登園許可証明書

聖愛ひよこぐみ室長 殿

氏名 _____

出席停止期間

平成 年 月 日 ~ 月 日

病名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> プール熱	<input type="checkbox"/> 結核
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	
	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症	<input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症	
	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> RSウイルス	
	<input type="checkbox"/> 単純ヘルペス感染症	<input type="checkbox"/> その他 ()		

上記の疾病が治癒しましたので 月 日から登園可能なことを証明いたします。

- 付記
- 1 症状が無くなるまでは、手洗いを励行してください
 - 2 咳がある間は、マスクを着用すること
 - 3 便の取り扱いに注意が必要です
 - 4 指示があるまで、運動は不可です
 - 5 月 日まで運動は不可です（翌日から可とする）

平成 年 月 日

施設住所
施設名
医師名

印